FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 108

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Georges, Hippolyte MARTEL

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 27 Mai 1927, à Paris-17e

Présentée et soutenue publiquement le 196

PARCHAPPE

(1800-1866)

✶

SIGNIFICATION DE SON ŒUVRE — SA PLACE DANS L'EVOLUTION DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Georges, Hippolyte MARTEL

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Né le 27 Mai 1927, à Paris-17e

Présentée et soutenue publiquement le 196

PARCHAPPE

(1800-1866)

✳

SIGNIFICATION DE SON ŒUVRE — SA PLACE DANS L'EVOLUTION DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1965

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIÈVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1er ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : *Beaujon :* LORTAT-JACOB (J.-L.) ; *- Cochin :* LEGER (L.) ; *- Hôtel-Dieu :* PATEL (J.) ; *- Pitié :* CORDIER (G.) ; *- Saint-Antoine :* GOSSET (J.) ; *- Salpêtrière :* SICARD (A.) ; *- Tenon :* OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
— malad. métab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)

Cliniques :	MM.
— médicales : *Broussais :*	Milliez (P.), Lenègre (J.) ; - *Cochin :* Brouet (G.) ; - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) ; - *Lariboisière :* Sèze (S. de) ; - *Pitié :* Dreyfus (G.) ; - *Saint-Antoine :* Kourilsky (R.), Boudin (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . .	Debray (Ch.)
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière)	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :*	Lacomme (M.) ; - *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
» (Cochin) . .	Offret (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Bernard (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . .	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . .	Coste (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique	Gaultier (M.)
— urologique (Cochin) .	Aboulker (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique . .	Padovani (P.)
Séméiologie médicale . .	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	Judet (R.)
Clinique urolog. (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses . .	Bastin (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pneumo-Phtisiologie . . .	Kreis (B.)
Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Lambling (A.) ; Lhermitte (F.) ; Pequignot (H.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).	
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. Cabrol (C.) ; Couinaud (C.) ; Gillot (C.) ; Hureau (J.).

Anatomie pathologique : Mlle Gauthier-Villars (P.) *pr. s. ch.* MM. Abelanet (R.) ; Chomette (G.) ; Gouygou (Ch.), *pr. s. ch.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie : Mme du Bouchet ; MM. Kern (E.) ; Vourc'h (G.).

Bactériologie : MM. Barbier (P.) ; *pr. s. ch.* ; Christol (D.) ; Daguet (G.) ; Le Minor (L.) ; Tournier (P.).

Biochimie médicale : MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.) ; Cartier (P.), *pr. s. ch.* ; Cornillot (P.) ; Dreyfus (J.-Cl.) ; Gonnard (P.) ; Jérome (H.) ; Kruh (J.) ; Legrand (J.-Cl.) ; Nordmann (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Biologie médicale : MM. Benhamou (J.-P.) ; Boivin (P.) ; Hartmann (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. Boiron (M.) ; Denoix (P.) ; Mathé (G.) ; Seligmann (M.).

Cardiologie : M. Hatt (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. Civatte (J.) ; Duperrat (B.) ; Hewitt (J.) ; Touraine (R.).

Electro-Radiologie : MM. Heitz (F.), *m. conf.* ; Ledoux-Lebard (G.).

Embryologie : M. Roux (Ch.).

Hématologie : MM. Bessis (M.) ; Bilski-Pasquier (G.) ; Dausset (J.) ; Duhamel (G.).

Histologie : MM. Coujard (R.), *p. s. ch.* ; Da Lage ; Marois (M.) ; Racadot (J.) ; Schramm (B.).

Hydrologie : MM. Besançon (F.) ; Cornet (A.).

Hygiène : MM. Blancher (G.) ; Corre-Hurst (Mme L.) ; Roussel (A.) ; Sapin-Jaloustre (H.)

Maladies infectieuses : MM. Dupont (V.) ; Lissac (J.) ; Rapin (M.).

Maladies métaboliques : MM. Antoine (B.) ; Crosnier (J.) ; Richet (G.) ; Sebaoun (J.).

Médecine légale : MM. Bourguignon (A.) ; Fournier (E.) ; Gueniot (M.) ; Hadengue (A.)

Médecine du Travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. Cambier (J.) ; Cathala (H.) ; Escourolle (R.) ; Gautier (J.-Cl.) ; Lapresle (J.) ; Lereboullet (J.) ; Pichot (P.) ; Tardieu (G.)

Obstétrique : MM. Granjon (A.) ; Hervet (E.) ; Le Lorier (G.) ; Lévy (J.) ; Lewin (D.) ; Musset (R.) ; Robey (M.) ; Seneze (J.) ; Sureau (C.) ; Tchobroutsky (Mme C.) ; Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie : Mmes Auvert (B.) ; Fontaine (M.) ; MM. Brégeat (P.) ; Dubois (A.) ; Saraux (H.).

Orthopédie : MM. Duparc (J.) ; Maurer (P.) ; Meary (R.) ; Postel (M.) ; Ramadier (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. Debain (J.) ; Pialoux (P.) ; Sergent (H.).

Parasitologie : MM. Golvan (Y.); Ho Thi Sang (Mlle); Lapierre (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Blondeau (Ph.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dautry (P.); Demirleau; Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Galey (J.-J.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Maillard (J.-N.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Prémont (M.); Robert (H.); Thomeret (G.); Vaysse (J.).
Pathologie exotique : M. Schneider (J.)
Pathologie expérimentale : MM. Berthaud (P.); Cottenot (Fr.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Paupe (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. Acar (J.); Auquier (L.); Aussannaire (M.); Beaumont (J.-L.); Bernier (J.-J.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Canivet (J.); Carlotti (J.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Cloarec (M.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Debray (J.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Funck-Brentano (J.-L.); Grivaux (M.); Hazard (J.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Lagrue (G.); Lesobre (R.); Leveque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nenna (A.); Nick (J.); Poulet (J.); Royer (P.); Tcherdakoff (Ph.); Thibault (Ph.); Tourneur (R.); Villiaumey (J.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. Alagille (D.); Alison (J.); Canlorbe (P.); Gorin (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Lestradet (H.); Mallet (R.); Mande (R.); Minkowsky (A.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rey (J.); Ribierre (M.); Rossier (A.); Vialatte (J.);
Pharmacologie : MM. Boissier (J.); Lechat (P.).
Physiologie : MM. Barres (G.); Durand (J.); Girard (Fr.), *m. conf.* ; Hugelin (A.); Laurent (D.); Scherrer (J.), *pr. s. ch.* ; Vasseur (B.);
Physique médicale : MM. Chanteur (J.); Coursaget (J.); Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pagès (J.-Cl.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-C.), *pr. s. ch.* ; Tubiana (M.), *m. conf.*
Pneumo-phtisiologie : MM. Decroix (G.); Israel (L.); Meyer (A.); Renault (P.); Sors (Ch.).
Psychiatrie infantile : MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).
Radiologie médicale : MM. Dubost (J.); Lefebvre (J.); Michel (J.-R.).
Rhumatologie : M. Massias (P.).
Stomatologie : MM. Cauhepe (J.); Cernea (P.); Chaput (Mme A.), *m. c. agr.* ; Crepy (Cl.); Fleury (R.); Grellet (M.).
Thérapeutique : MM. Chassagne (P.); Fouet (P.); Labet (R.); Marche (J.).
Urologie : MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).
Clinique chirurgicale : M. Verne (J.-M.).
Clin. médic. : MM. Rambert (P.); Thieffry (S.).
Clinique obstétricale : MM. Grasset (J.); Mayer (M.); Morin (P.).
Clinique ophtalmologique : M. Desvignes (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. Laplane (R.).
Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).
Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. Haudduroy (P.), *pr. s. ch.*
Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.)
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.)
Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.); Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Directeur de l'Institut de Psychologie
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Membre de l'Académie Française

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma respectueuse admiration et de ma reconnaissance pour son enseignement.

A Monsieur le Docteur Pierre PICHOT

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin-Assistant à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

A Monsieur le Docteur Pierre DENIKER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Assistant à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

A Mademoiselle le Docteur T. LEMPERIÈRE

A Monsieur le Docteur SADOUN

A Monsieur le Docteur Lucien BONNAFÉ

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Qui a fait plus qu'inspirer cette thèse.

En témoignage de ma gratitude pour son amical soutien et pour ce qu'ont apporté son enseignement et son exemple dans mon apprentissage.

A MES MAITRES D'INTERNAT EN PSYCHIATRIE

Monsieur le Docteur DORÉMIEUX

Monsieur le Docteur DIGO

Monsieur le Docteur SCHWEICH

Monsieur le Docteur ZABOROWSKI

Monsieur le Docteur CARRÈRE

Madame le Docteur BOITTELLE

Monsieur le Docteur HENNE

Monsieur le Docteur FOLLIN

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon fidèle attachement.

CHAPITRE I

PARCHAPPE

Jean-Baptiste Maximien PARCHAPPE DE VINAY naquit le 21 octobre 1800, à Epernay.

Il fit ses études secondaires en Normandie où son père, employé de l'administration des contributions indirectes, avait été nommé.

Il y commença ses études médicales, fut nommé interne de l'Hôpital Général de Rouen, puis vint à Paris où il soutint en 1827 sa thèse : « Quelques considérations générales sur la nature et l'influence des passions ».

Il exerça alors pendant dix-huit mois aux Andelys, mais la vie isolée du praticien de campagne lui parut peu en rapport avec ses aspirations.

Il s'installa donc à Rouen, en 1830, où, tandis que son cabinet médical prospérait, il se fit connaître par un cours libre sur l'histoire de la Médecine.

Sa vocation pédagogique devait rapidement recevoir une consécration officielle. En 1833, il fut, par arrêté ministériel, attaché d'enseignement en Hygiène et Thérapeutique, et, un peu plus tard, nommé professeur de Physiologie et d'Anatomie.

Au cours de cette période, en 1832, une épidémie de choléra dont les victimes étaient hospitalisées à l'asile d'aliénés de Saint-Yon, lui donna l'occasion de se familiariser avec cet établissement qui allait tant compter dans sa vie.

Il y fit la connaissance de FOVILLE, en collaboration duquel il publia d'ailleurs un travail sur le choléra.

En 1835, des raisons de santé obligeant le célèbre aliéniste à démissionner, celui-ci s'assura en PARCHAPPE, dit SÉMELAIGNE, « un successeur digne de lui et dont il avait pu apprécier les éminentes qualités ». C'est par une lettre autographe du chef de l'Exécutif qu'il fût demandé à PARCHAPPE d'assurer son remplacement. Celui-ci abandonna alors son cabinet pour devenir médecin en chef des aliénés de Saint-Yon.

Il remplit cette fonction jusqu'en 1848, date à laquelle il fut nommé inspecteur général du Service des Aliénés.

Il mourut en 1866, « emporté par une cruelle maladie d'estomac », ce qui ne l'empêcha pas d'exercer avec passion, jusqu'à ses derniers jours, ses fonctions d'aliéniste et d'administrateur.

* *

Tels sont, résumés en quelques lignes, les principaux événements de la vie de PARCHAPPE, qu'on peut trouver dans les notices biographiques que lui ont consacrées notamment ROUSSELIN, DELASIAUVE, SÉMELAIGNE.

On aurait aimé connaître un peu plus de sa vie privée, et en particulier de sa vie familiale. On sait que pendant toute sa jeunesse, au sein d'une famille noble entièrement ruinée, il eut à lutter énergiquement contre la pauvreté, aidé pendant ses études par un cousin germain, le commandant (qui devint ensuite général) PARCHAPPE, auquel il garda une profonde reconnaissance. Ensuite, on ne connaît plus de lui que sa vie publique.

Il apparaît en fait que PARCHAPPE était isolé, que s'il avait su forcer l'estime et même l'admiration de ses contemporains, il n'avait guère été entouré de l'affection d'un entourage avec lequel il semble s'être limité à des rapports professionnels.

Son caractère apparaît à travers les divers témoignages de ses contemporains, médecins ou non, et qui tous en donnent la même image.

Son intelligence, ses connaissances solides, profondes, étendues, et la générosité de son cœur étaient remarquables.

Ardent et passionné, intègre et laborieux, il vivait pour son œuvre et c'est à travers elle qu'il portait sur ceux auxquels il avait affaire des jugements moraux sans appel.

Défenseur résolu de ceux qui lui paraissaient injustement attaqués, il était sec et cassant avec les autres, et eût gagné, dit DELASIAUVE, à se dépouiller « d'une écorce épineuse qui ne lassait pas de nuire « à son inspectorat ». « Vous n'aurez pas d'avancement, je vous réprimerai », déclare-t-il par exemple un jour à un directeur d'asile qu'il désapprouvait. Un autre jour, invité par la Société Médico-Psychologique, à la suite d'une pétition, à enquêter sur l'application de la loi des aliénés, il refuse d'en discuter et décline l'offre qui lui est faite : « Parce que ... cette pétition émane de personnes indignes ... et a « évidemment été inspirée par de mauvaises passions. »

Peu intéressé par les honneurs pour eux-même, PARCHAPPE les recherchait quand il s'agissait de rendre hommage à son œuvre et d'en augmenter le rayonnement ; officier de la Légion d'Honneur, membre d'un grand nombre de sociétés savantes, il a été un des fondateurs et aussi l'un des premiers présidents de la Société Médico-Psychologique.

Il eut souhaité entrer à l'Académie de Médecine. « Un sentiment « trop vif de sa personnalité », écrit DELASIAUVE, « a fait deux fois « échouer sa candidature ... les grondements trop amèrement accen- « tués d'une indignation mal contenue creusèrent ensuite, entre lui « et la corporation à laquelle il désirait appartenir, un abîme infran- « chissable. »

PARCHAPPE a été surnommé, d'une façon sans doute un peu ironique « Le Napoléon des asiles ». Les aspects anecdotiques de son caractère ne sont pas suffisants pour lui valoir un tel titre, que justifient surtout sa position politique et son œuvre admirable d'administrateur.

* *

Issu d'une vieille famille dont les titres de noblesse remontaient à Henry IV, mais qui avait été ruinée par la Révolution, PARCHAPPE nous apparaît à travers son œuvre comme un grand administrateur, acquis aux idées d'organisation et de stabilisation d'une société qui venait de traverser les périodes troublées de la Révolution, du 1er Empire et de la Restauration.

Libéral, héritier de HOWARD et de TENON, « propagateurs prin- « cipaux d'un mouvement général de réforme philanthropique ... « auquel la Révolution de 1789 imprima une nouvelle et énergique « impulsion » [1], il se conduit en homme d'ordre, prônant la discipline, s'appuyant sur la hiérarchie, respectueux des pouvoirs.

Passionné de philosophie et de mathématiques, plus encore, nous dit DELASIAUVE, que de médecine mentale, auteur d'un important travail sur Galilée, il était sincèrement croyant, attribuait à la religion des vertus morales significatives du degré de civilisation, et critiquait l'expression « maladie de l'âme » pour rendre compte des troubles liés à des perturbations organiques qui ne pouvaient donc en aucun cas « aliéner l'âme ».

(1) PARCHAPPE, « Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés ».

Parchappe a laissé une œuvre abondante : « Ses travaux, estime « Delasiauve, nombreux, importants, obtinrent immédiatement la con- « sécration scientifique ; bonne fortune qu'explique la triple base sur « laquelle la plupart reposaient : observation, induction, statistique. »

Les études de Parchappe procèdent en effet d'une méthode de travail d'une rigueur exemplaire. Elles comportent un bilan des opinions et connaissances qui ont cours, une confrontation minutieuse de la théorie avec l'expérience pratique, une conclusion précise, remarquablement réaliste, qui s'impose avec l'autorité de la chose démontrée.

L'utilisation constante de la statistique lui permet de dégager des lois, simples et dont il se prévaudra dans toute discussion ultérieure.

* *

Deux préoccupation principales se dégagent de l'ensemble des travaux de Parchappe : L'étude de l'encéphale et des causes des maladies mentales d'une part, l'organisation de l'assistance psychiatrique d'autre part.

Ses recherches sur les causes de l'aliénation mentale, objet de plusieurs mémoires, où sont confrontées les théories officielles à son expérience personnelle, à des données statistiques précises et à près de quatre cents protocoles d'autopsies, constituent, de l'avis des critiques de son époque, la somme la plus complète et la plus précise des connaissances acquises sur cette question.

Sa théorie sur l'assistance asilaire, qu'il a exprimée à travers différentes publications dans les *Annales Médico-psychologiques*, et dans les articles « aliénés », « aliénation », « Assistance publique » et « asiles » du dictionnaire des Sciences médicales, se trouve pratiquement entièrement contenue dans son ouvrage principal : « Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. » « Fruit d'un labeur immense », ce travail où tous les aspects, social, administratif, économique, démographique, architectural de l'institution asilaire sont repris dans une vaste synthèse subordonnée à son but médical, représente incontestablement l'expression la plus complète de la doctrine de l'assistance psychiatrique du siècle dernier.

Modeste et désintéressé pour ce qui le concernait personnellement, Parchappe était passionnément attaché à son œuvre. « Identifié avec « elle », dit encore Delasiauve, « il en était fier comme un père de « ses enfants ; sur son lit de douleur, les analysant tour à tour avec « unne animation fébrile, il marquait celles qui, dans son estime, « devaient léguer son nom à l'avenir... »

* *

Quels étaient l'état de l'assistance aux malades mentaux sous l'Ancien Régime et dans les premières décennies qui ont suivi la Révolution ?

Quel apport représentait la doctrine de PARCHAPPE et des aliénistes de son époque ? Quel a été le devenir de cette doctrine et quelle critique peut-on en faire ?

Telles sont, pour évaluer l'œuvre de PARCHAPPE, les questions qui nous paraissent se poser et auxquelles nous avons essayé de donner dans ce travail un début de réponse.

CHAPITRE II

ASSISTANCE AUX MALADES MENTAUX SOUS L'ANCIEN REGIME

Deux caractères dominent la psychiatrie de l'ancien régime :

a) Sur le plan médical, elle n'existe pas encore en tant que discipline autonome ;

b) Sur le plan de l'assistance, les secours publics gratuits sont encore embryonnaires, tandis que les pensionnats privés, religieux ou non, paraissent suffisamment développés pour répondre aux besoins.

Nous devons donc évoquer de façon rapide :

1) L'organisation de l'assistance en général et, à partir de cette vue d'ensemble, la place qu'on y a réservée aux malades mentaux ;

2) Le fonctionnement des établissements privés pour malades mentaux.

A. — ORGANISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Nous avons dit que la psychiatrie du XVIII[e] siècle n'était pas nettement différenciée des autres disciplines médicales.

C'est ainsi que, si l'on se réfère à la liste des médecins que SEMELAIGNE cite comme les « précurseurs de la psychiatrie avant PINEL », on constate que François BAYLE (1622-1709) était professeur ès arts à l'Uninversité de Toulouse avant de devenir « Docteur des écoliers » en chirurgie, Joseph LIEUTAUD (1703-1780) et SAUVAGE DE LA CROIX (1706-1767) étaient avant tout botanistes, Antoine LE CAMUS (1722-1772) chirurgien. Il en est de même pour TENON, il était chirurgien et ses principaux travaux portent sur l'anatomie des dents, les soins aux vieillards, et diverses observations médico-chirurgi-

cales ; il n'empêche que c'est dans l'étude sur l'Hôtel-Dieu de Paris qu'il a publiée en 1788 [1] que nous avons trouvé les meilleurs renseignements statistiques sur le sujet qui nous intéresse. Les chiffres n'y concernent que la région parisienne, mais les références aux diverses réalisations de province sont fréquentes et permettent ainsi de se faire une idée exacte de l'organisation de l'assistance.

Les remarques que nous venons de faire pour les médecins sont naturellement valables pour les hôpitaux. Les établissements gratuits spécialisés pour malades mentaux n'existent pas ; rares sont même les pavillons qui leur sont réservés, et seuls, comme nous le verrons, une porte ou un couloir séparent souvent à l'hôpital les « insensés » des autres catégories de malades ou d'infirmes.

Ce qui singularise d'ailleurs le malade mental hospitalisé à l'Hôtel-Dieu ou à Bicêtre dans la société du XVIII[e] siècle, c'est beaucoup moins la nature de sa maladie que le fait qu'il fasse partie du lot commun des assistés.

Il nous paraît donc indispensable de brosser ici un tableau rapide de l'ensemble des secours offerts aux malades en général.

1) Secours hospitaliers aux malades

Tenon dénombre en 1786, un peu plus de 6000 malades hospitalisés à Paris, soit environ 1 % de la population parisienne.

Ces malades sont répartis dans 28 hôpitaux ou maisons de charité.

Presque tous sont des assistés à titre gratuit.

Il faut rappeler ici que le traitement hospitalier ne présente pas à l'époque d'intérêt particulier quant à l'efficacité des soins. Une illustration anecdotique de ce fait réside dans la remarque suivant laquelle les malades coûtent moins cher que les convalescents parce qu'ils sont le plus souvent à la diète ou à la demi-portion.

Tenon dira d'ailleurs, par opposition, nous le verrons au problème posé par la maladie mentale, qu'on ne peut attendre de l'hôpital pour fiévreux et blessés qu'une aide « auxiliaire » permettant « de « soigner avec plus ou moins d'avantages suivant qu'il est plus ou « moins bien distribué ».

De plus, le risque représenté par les épidémies à l'hôpital est très important, dans l'ignorance où l'on est du mécanisme exact d'une contagion pourtant redoutée (une grande partie de la mortalité statis-

(1) Tenon, « Mémoires sur les Hôpitaux de Paris ».

tique paraît due, d'après TENON, à des épidémies périodiques, fréquentes, responsables de véritables hécatombes).

Ceci explique qu'il y ait relativement très peu de lits de médecine ou de chirurgie dans les établissements privés.

TENON en dénombre « quelques-uns modiques ... pour se proportionner aux facultés des gens peu aisés qui ne veulent pas être tout « à fait à la charge de ces maisons de charité ». D'autres très chers « en faveur des personnes riches et isolées ». Il existe « quelques « maisons d'association » qui préfigurent l'assurance mutuelle et où « chacun produit sa mise en état de santé afin de trouver en état de « maladie des secours indépendants de la bienfaisance publique et « qui ne soient pas humiliants à recevoir ».

Il faut enfin faire une place à part aux anciens militaires pour lesquels l'Etat paie une pension : fondé en 1674, l'Hôtel Royal des Invalides peut recevoir gratuitement 3.000 pensionnés dont 434 malades. L'auteur nous incite en effet à ne pas confondre les militaires « qui ont bien servi l'Etat et à qui on doit une récompense « de leurs travaux avec de pauvres malades ou avec de pauvres indi« gents ».

Ces établissements particuliers sont le plus souvent satisfaisants. TENON les cite en exemple.

Il n'en est pas de même pour les hôpitaux réservés aux indigents.

Les conditions d'hospitalisation y sont en général défectueuses. Les malades qui jouissent d'un lit personnel sont la minorité. La plupart partagent à 4 ou à 6 un « grand lit »[1]. La séparation d'entre fiévreux et blessés, fiévreuses et accouchées, est habituellement imparfaite et parfois inexistante. L'organisation architecturale, l'adduction d'eau, les latrines sont le plus souvent irrationnels.

Les résultats sont à la mesure de ces insuffisances. Il meurt à l'Hôtel-Dieu de Paris, dit TENON, « une accouchée sur quinze et « deux tiers..., un nouveau-né (à la naissance) sur treize et demi..., un « malade sur quatre et demi ». A l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis, par contre, hôpital modèle de trente-six lits, la mortalité des malades est presque quatre fois moindre.

La presque totalité des malades indigents de la région parisienne est secourue par deux établissements considérables : l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital-Général.

C'est là également que sont traités ou enfermés les malades mentaux. Ils sont divisés en malades curables, dirigés sur l'Hôtel-Dieu, et en malades incurables, internés à l'Hôpital-Général.

(1) Le « grand lit » a 52 pouces de large, soit environ 1,45 m.

2) L'assistance aux malades mentaux curables

Il existe, écrit TENON, trois établissements en France où l'on soigne les malades mentaux curables. Ces établissements réunis peuvent traiter en tout 197 malades. Ce sont :

— l'Hôtel-Dieu de Paris ;
— l'Hôtel-Dieu de Lyon ;
— l'Hôpital-Général de Rouen.

Ce chiffre est jugé d'autant plus insuffisant par TENON que les établissements privés pour malades mentaux n'étant pas officiellement des établissements de soins, ces trois établissements ne sont pas réservés aux pauvres mais reçoivent également « quelques per- « sonnes qui ne sont pas tout à fait dans l'indigence » et même certaines « qui jouissent d'une certaine fortune ».

• L'Hôtel-Dieu de Paris est une véritable ville, dit TENON. Datant du VII ou VIII[e] siècle, il a été progressivement agrandi, jusqu'à pouvoir recevoir plus de 3.000 malades. Contrairement à l'Hôpital-Général, il est exclusivement réservé à la maladie.

Les malades mentaux y sont répartis en deux salles :

— La salle Saint-Louis, réservée aux hommes, se trouve au premier étage, contre la salle des blessés. Elle contient 10 grands lits et 2 petits. Elle peut donc recevoir 42 malades.

— La salle Sainte-Geneviève, pour les femmes, se trouve au second étage, à l'extrêmité de la salle Sainte-Martine réservée aux fiévreuses : une simple cloison sépare ces deux catégories de malades. Elle contient 6 grands lits pour 4 malades et 8 lits individuels.

« Ainsi, dit TENON, en pressant bien les fous et les folles, on aurait « à l'Hôtel-Dieu de quoi en placer 74. »

Insuffisantes quant au nombre de places offertes, ces deux salles « sont également fort mal conçues. Les malades sont surchauffés, « dans des lits où l'on couche trois ou quatre fous, qui se pressent, « s'agitent, se battent, qu'on garrotte, qu'on contrarie ». Les pièces sont à quatre rangées de lits, exposées au soleil ; il s'y trouve « par « un malheur inconcevable ... une cheminée où le feu n'éteint pas, « le vaste fourneau à chauffer l'eau des bains, les baignoires pour les « bains chauds ». Les malades sont mélangés « contre les principes « de l'art, aux enragés ... ces malades qui ont horreur de l'eau ... et « l'ont continuellement sous les yeux ... et sans cesse en entendent « le bruit... », etc.

• L'Hôtel-Dieu de Lyon offre 38 chambres individuelles aux malades mentaux. Il n'est pas réservé aux indigents : on y reçoit « des personnes aisées » qui paient une pension représentant « le montant des « frais qu'ils ont occasionnés » et qui est « remise à la caisse de la « maison ».

• A l'Hôpital-Général de Rouen, enfin, sont construites 85 loges : 35 pour les hommes, 50 pour les femmes.

— Ni les chambres de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ni *a fortiori* les loges de Rouen ne répondent à ce que souhaiterait TENON ; du moins, note-t-il, les a-t-on mises au rez-de-chaussée, « éloignées des « infirmeries des autres malades dans la vue d'empêcher les derniers « d'être tourmentés par les fous lorsqu'ils sont dans leur accès de « fureur ».

Tels sont les hôpitaux de traitement qui permettent de secourir les malades mentaux indigents. Ils ne leur restent ouverts qu'autant que la maladie paraît curable : à l'Hôtel-Dieu de Lyon, « on garde « les fous le temps du traitement, puis on les rend à leur famille, gué- « ris ou non ». A Paris, la durée du traitement avant l'exclusion serait, d'après CARETTE, de deux fois six semaines. Passé ce laps de temps, ils sont rendus à leur famille ou envoyés dans un établissement pour incurables, à savoir l'Hôpital-Général s'ils sont indigents, les Petites Maisons[1] si leur famille peut payer une pension.

Ce n'est que sur ordre du ministre que le malade mental incurable peut être admis à l'Hôpital-Général.

Fait qui mérite d'être souligné, contrairement à ce qui se passe dans les pensionnats privés, le ministre exige auparavant « la preuve « que le malade a été traité ».

3) L'assistance aux malades mentaux incurables

Fondé en 1656 par un Edit Royal « pour le renfermement des « pauvres mendiants de la ville et des faubourgs de Paris », l'Hôpital-Général est une institution d'une importance considérable qui remplit les fonctions d'hôpital, d'hospice et de prison. Sa juridiction s'étend sur 30 000 pauvres parisiens dont la moitié environ sont hospitalisés, les autres assistés à domicile.

(1) Fondé en 1657, l'Hôpital des Petites-Maisons peut recueillir 226 malades, dont 150 pauvres. 44 loges y sont réservées à « 44 fous furieux des deux sexes « payant 300 livres de pension annuelle ». On n'y admet « les fous que sur un « certificat qui déclare qu'ils ont été traités et qu'ils sont incurables ».

Il comprend de nombreux hôpitaux. Parmi ceux-ci, la Salpêtrière pour les femmes, Bicêtre pour les hommes, sont ouverts, dans les conditions que nous avons rappelées, aux fous furieux incurables.

Il ne nous paraît pas superflu, pour bien rendre compte de ce qu'étaient ces deux hôpitaux, de reprendre la brève description qu'en donne TENON.

« La Salpêtrière est le plus grand hôpital de Paris et peut-être « de l'Europe : cet hôpital est en même temps une maison de femmes « et une maison de force. On y reçoit des femmes et des filles « enceintes, des nourrices avec leurs nourrissons ; des enfants mâles « depuis l'âge de sept à huit mois jusqu'à quatre et cinq ans ; des « jeunes filles à toute sorte d'âge ; des vieilles femmes et de vieux « hommes mariés ; des folles furieuses, des imbéciles, des épilepti- « ques, des paralytiques, des aveugles, des estropiées, des teigneuses, « des incurables de toute espèce, des enfants avec des humeurs « froides, etc.

« Au centre de cet hôpital est une maison de force pour femmes, « comprenant quatre prisons différentes : le commun destiné aux « filles les plus dissolues, la correction à celles qu'on juge ne s'être « pas autant oubliées, la prison réservée aux personnes détenues par « ordre du roi, et la grande-force aux femmes flétries par la justice.

« J'ai vu à la Salpêtrière jusqu'à 8.000 personnes ; tout ce monde « est distribué par dortoirs, dans des bâtiments à trois étages, sans « compter le rez-de-chaussée. Les anciennes infirmeries sont au nom- « bre de 10 ... auxquelles il faut ajouter les 6 infirmeries du nouvel « hôpital. »

« A Bicêtre sont de pauvres hommes, jeunes et vieux, valides ou « invalides et malades, des fous furieux, des imbéciles, des épilepti- « ques, des paralytiques, des aveugles, des écrouelleux, des incurables « de toute espèce, des hommes enfin et des femmes soumis aux grands « remèdes ; on y a de plus des prisons où sont détenus des gens « arrêtés, ou par ordre du roi, ou par la police, ou flétris par les « tribunaux.

« Le Puits de Bicêtre est connu par sa beauté et le volume d'eau « considérable qu'il procure : on a réformé les chevaux qui servaient « à la tirer, on leur a substitué des gens de force ; on les nourris- « sait dans l'inaction, du moins on les occupe, ce qui est avanta- « geux. »

Les bâtiments de Bicêtre réservés aux fous incurables consistaient en trois petites cours carrées dont chaque côté était formé d'une rangée de cellules. L'espace manquant, on avait édifié au centre de la plus grande des cours un double rang de cellules adossées les

unes aux autres. On en trouve le plan et la description dans le rapport de l'administrateur Desportes (1835). « Les loges dites de « La Chapelle, à l'Hospice de Bicêtre, n'avaient pas 6 pieds [1] carrés « dans œuvre. Il semblait qu'on eut pris à tâche de construire les « murs très épais afin d'en diminuer l'espace. Elles ne recevaient de « jour et d'air que par la porte, car le seul guichet dont elles étaient « percées pouvait à peine servir à passer les aliments. Les planches « qui composaient leurs couchettes étaient scellées dans les murs, et « l'infortuné, qui n'avait pour tout meuble que ce grabat couvert de « paille se trouvant pressé contre la muraille de la tête, des pieds et « du corps, ne pouvait goûter de sommeil sans être mouillé par l'eau « qui ruisselait de cet amas de pierres et sans être pénétré par le « froid de cette espèce de glacière » ... « Les basses loges de la Sal- « pêtrière ne différaient en rien de celles dont je viens de parler : « adossées les unes aux autres, elles ne recevaient également de jour « et d'air que par la porte. Mais ce qui en rendait encore l'habita- « tion plus funeste et souvent mortelle, c'est qu'en hiver, lors de la « crue des eaux de la Seine, ces loges, situées au niveau des égouts, « devenaient non seulement bien plus insalubles mais de plus un lieu « de refuge pour une foule de très gros rats qui se jetaient la nuit « sur les malheureux qu'on y renfermait et les rongeaient partout « où ils pouvaient les atteindre. »

Desportes et Parchappe, qui cite ce passage, estiment que cette description donne une idée valable de l'ensemble des quartiers d'aliénés incurables qui sont tous conçus sur le même modèle. L'Hôpital-Général de Paris n'est à cet égard ni le mieux, ni le pire ; et c'est dans le même type de loges, parfois souterraines comme à Armentières, que sont enfermés dans le reste de la France les furieux incurables, à l'intérieur d'anciens bâtiments de couvents, dans certains hôpitaux et dans un grand nombre de prisons. Les loges de la Salpêtrière contenaient, en 1786, 150 femmes, celles de Bicêtre, 92 hommes. On y a compté 341 décès en cinq ans (entre 1784 et 1789). Tenon nous apprendra en 1791 (notes inédites) que, dans la même période, guérissaient en moyenne 40 de ces incurables chaque année.

Il va sans dire que c'est en pratique exclusivement aux aliénés incurables considérés comme dangereux que sont réservées ces cellules. Un grand nombre de déficients mentaux, certains épileptiques, des déments tranquilles, étaient incapables de survivre sans secours. Certains d'entre eux trouvaient refuge dans les dépôts de mendicité

(1) Le pied vaut 0,324 m.

ALIÉNÉS HOSPITALISÉS A PARIS EN 1788

	INDIGENTS			PENSIONNAIRES	
	CURABLES			INCURABLES	
	Hôtel-Dieu	Bicêtre	Salpêtrière	Petites-Maisons	Pensions privées
162 fous furieux	42	92		22	6 répartis dans 3 pensions
214 folles furieuses	32	150		22	10 réparties dans 3 pensions
632 imbéciles		138 hommes	150 femmes		Le reste réparti dans 18 pensions dont 77 hommes à Charenton
322 épileptiques		15 hommes	300 femmes		7 hommes répartis dans 3 pensions

ou dans les hôpitaux généraux au même titre que d'autres catégories d'indigents valides ou invalides. Les places manquaient cependant pour les secourir tous, et la plus grande partie était, d'après les auteurs de l'époque, livrée « à la misère et à la mendicité ». On ne possède pas, dit TENON, de chiffres précis sur le nombre d'aliénés secourus dans l'ensemble de la France. Du moins a-t-il pu en dresser, pour la région parisienne, un état détaillé.

On peut le résumer dans le tableau de la page précédente.

B. — ETABLISSEMENTS PRIVÉS POUR MALADES MENTAUX

Du tableau de l'assistance aux aliénés indigents que nous venons d'évoquer est sortie l'idée, assez généralement répandue, que la seule attitude de la société à cette époque vis-à-vis des malades mentaux consistait à les enfermer dans des conditions inhumaines comme des êtres nuisibles, et que la Révolution de 1789 avait apporté une transformation fondamentale de cet état de choses, un de ses premiers gestes ayant été de nommer un médecin, PINEL, dans les quartiers d'aliénés incurables.

Un certain nombre d'auteurs, au premier rang desquels il faut citer SÉRIEUX et ses élèves, LIBERT et Hélène BONNAFOUS-SÉRIEUX, se sont élevés contre ce schématisme outrancier, au point d'entreprendre une véritable œuvre de réhabilitation de la psychiatrie de l'Ancien Régime.

L'essentiel de leur propos tend à démontrer, d'une part que les formalités d'internement par lettres de cachet ne menaçaient en définitive certainement pas plus la liberté du citoyen que les placements prévus par la loi de 1838, d'autre part qu'il existait déjà au XVIII[e] siècle des établissements pour malades mentaux qui, toute choses égales d'ailleurs, n'avaient rien à envier aux réalisations observées cent ou cent cinquante ans plus tard.

On peut regretter que ces auteurs n'aient pas exprimé nettement, en prologue à leurs travaux les limites de leur démonstration ; deux principes fondamentaux différencient en effet les formes d'internement et d'assistance du XVIII[e] siècle et celles du XIX[e] auxquelles ils les comparent :

a) A l'asile public de la fin du XIX[e], ils opposent des établissements de l'Ancien Régime qui étaient privés, et réservés à une minorité de malades aisés.

b) Ils font le silence sur le fait que, jusqu'à la Révolution, aucun contrôle médical ne sera prévu, ni même évoqué, dans les conditions d'internement ou de maintien du malade dans un établissement privé [1].

Ces réserves étant exprimées, la démonstration de Sérieux et de son école garde toute sa valeur, et nous lui sommes redevables d'une documentation et d'une mise au point extrêmement précieuses et instructives.

Nous croyons pouvoir, grâce à leurs travaux, tirer quelques conclusions générales concernant les secours offerts par les établissements privés aux malades mentaux avant la Révolution :

1) Les conditions nécessaires pour obtenir la lettre de cachet ordonnant l'internement apparaissent comme plus laborieuses et moins rapides que celles qui seront définies par la loi de 1838 en vue du placement volontaire.

C'est le plus souvent par une véritable pétition familiale que « les « suppliants demandent très humblement » à l'autorité d'intervenir. Celle-ci ne prendra de décision qu'après enquête auprès des notabilités locales, le plus souvent ecclésiastiques, qui confirment le bien-fondé des doléances familiales, et approuvent la solution proposée.

La demande d'internement déposée par la famille est en outre accompagnée d'une proposition précise pour l'établissement choisi et de l'engagement d'acquitter les frais de pension (il y a souvent eu une entente préalable avec l'établissement).

Il est manifeste que l'autorité a soin, en général, d'éviter d'épouser des points de vue partiaux et intéressés dans des dissensions familiales ou locales. Dans cette mesure, il est vrai qu'elle est extrêmement précautionneuse de « la liberté du citoyen ».

Il n'en demeure pas moins que, contrairement aux dispositions de la loi de 1838, c'est la même personne qui, à la fois, décide du placement et, en cas de contestation, juge de son bien-fondé. Contre l'autorité qui l'a placé, l'interné n'a d'autre recours que d'essayer de la fléchir.

2) Les motifs du placement ne sont pas à proprement parler médicaux. C'est en tant qu'être socialement scandaleux que l'inter-

(1) En 1790, des contrôleurs seront envoyés dans ces établissements privés. Hélène Bonnefus-Sérieux s'inquiète de « l'émotion soulevée parmi les religieux « et les pensionnaires à l'arrivée à la Charité (de Senlis) des membres du ci- « devant bailliage de Senlis accompagnés des sieurs Bruslé, médecin, et Genest, « chirurgien ! C'était la première fois que des magistrats pénétraient dans la « maison de force ». Il nous paraît juste de noter que c'était aussi la première fois pour les médecins.

nement du malade est le plus souvent sollicité. Les deux tiers, au moins, des exemples de demande de placement s'appuient, bien que ls troubles mentaux ne fassent pas de doute, non pas sur le caractère pathologique des troubles, mais sur le fait que la position sociale du malade doit faire préférer cette solution à l'éventualité d'un procès public devant les tribunaux (ceci nous explique le pourcentage relativement élevé, parmi les pensionnaires, de sujets occupant des positions « en vue » au point de vue social — notamment des ecclésiastiques).

Ces établissements reçoivent d'ailleurs indistinctement, sans qu'on puisse toujours saisir la nuance, aliénés et correctionnaires.

Jamais n'est mentionné, sur la demande de placement, le témoignage d'un médecin.

Il est vrai, toutefois, comme le soulignent Sérieux et ses élèves, que l'ordonnance d'internement recommande fréquemment de « médicamenter » celui qu'on enferme.

3) Les principaux établissements privés appartiennent à des congrégations religieuses (Frères Saint-Jean-de-Dieu notamment). Aucun médecin ne participe au traitement des malades. Un « frère infirmier » toutefois a souvent reçu une formation spécialisée à la maison-mère de Charenton. Il est indéniable que les meilleurs de ces établissements — tels Charenton ou La Charité de Senlis — représentent ce qu'on peut trouver de mieux à l'époque en matière de traitement psychiatrique, et que beaucoup des principes pour l'application desquels les aliénistes lutteront encore un siècle plus tard y sont déjà pratiqués (c'est le cas notamment pour les rapports du personnel avec le malade, pour la rééducation par le travail et la liberté graduellement accordée aux pensionnaires).

CHAPITRE III

LES PROBLEMES POSES PAR L'ASSISTANCE AUX MALADES MENTAUX APRES LA REVOLUTION

Certains auteurs, parmi lesquels CARETTE, ont reproché à la révolution de 1789, d'avoir brisé dans l'œuf, au moment où elles allaient intervenir, d'importantes réformes de l'assistance psychiatrique. Il nous paraît artificiel de dissocier de la révolution un courant qui l'a précédé de si peu, et qui s'est poursuivi ultérieurement parfois avec les mêmes hommes.

Dans le même ordre d'idées, SÉRIEUX et LIBERT ont insisté sur l'inorganisation de l'assistance psychiatrique pendant la période qui s'étend de 1789 à 1838 et qu'ils ont appelée « la longue éclipse ». On peut reprocher à cette expression, qui a d'ailleurs été reprise par BOLLOTTE [1] dans une étude polémique, de bien mal rendre compte de l'énorme travail d'élaboration qui s'accomplissait dans cette ombre.

Il est vrai, comme nous allons le voir, que des améliorations du sort des aliénés avaient été proposées avant 1789. Ces projets, qui n'avaient reçu aucun commencement d'application, n'ont pas été rejetés ultérieurement, mais, avec le triomphe des idées révolutionnaires, ils se sont trouvés débordés par des problèmes plus fondamentaux. Il n'était plus seulement question d'aménager certains aspects d'une assistance psychiatrique défectueuse, il s'agissait d'en repenser les principes de base.

On s'explique ainsi que plusieurs décennies aient été nécessaires, marquées d'hésitations théoriques et d'ajustements successifs, avant que soit promulguée la loi de 1838 et formulée une doctrine médicale qui atteint, à notre avis, sa plus complète expression dans l'œuvre de PARCHAPPE.

(1) BOLLOTTE, « La longue éclipse », *Inform. psychiatr.*, 1953, pp. 6 et 134.

Il nous paraît encore justifié pour les dernières années du XIX^e siècle, de distinguer les critiques et les projets de l'assistance aux malades mentaux indigents d'une part, aux pensionnaires de l'autre.

A. — CRITIQUE ET PROJETS EN MATIÈRE D'ASSISTANCE AUX INDIGENTS

En 1785, trois ans avant que ne paraissent les admirables *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris* de TENON, dont nous avons donné quelques extraits, COLOMBIER et DOUBLET avaient publié l'*Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés.*

La critique des faits que nous avons exposés au chapitre précédent y est sévère : dès l'introduction, les auteurs annoncent qu'ils vont devoir exprimer « une vérité dure, mais nécessaire, dans un « moment où l'on fait des efforts pour remplir les vues de bienfai- « sance qui animent le prince que nous avons le bonheur d'avoir « pour maître ».

Ils dénoncent la signification réelle de l'internement des malades mentaux. « En France, on a multiplié les asiles pour les malheu- « reux ... mais, quelque avantageux que paraissent être ces établisse- « ments, ils ne soulagent que la crainte publique. »

La carence de ces établissements « en matière de soins et de « traitements est telle », disent-ils, que « la démence des uns est per- « pétuée, tandis qu'on pourrait la guérir, et celle des autres aug- « mentée, tandis qu'on pourrait la diminuer ».

Mais il y a plus grave : tous les malades n'ont pas place dans ces asiles. Les uns sont mélangés aux prisonniers : « Des milliers « d'insensés sont renfermés dans des maisons de force sans qu'on « songe seulement à leur administrer le moindre remède ... et, à « moins que la nature ne vienne à leur secours en les guérissant, le « terme de leurs maux est celui de leurs jours. »

Les autres sont livrés à la misère : « Les insensés errants ne sont « pas même toujours arrêtés, parce qu'on manque de lieu pour les « placer ou parce que les communautés, chargées de payer les frais « de la capture et ceux de la pension, ne se pressent pas d'avertir « la partie publique — ou même éludent de le faire. »

Pour COLOMBIER, comme plus tard d'ailleurs pour PARCHAPPE, l'internement du fou dans un but de protection sociale n'est pas ignoré mais au contraire directement rattaché au problème de son traitement : « Les lois qui ordonnent de s'assurer de la personne d'un

« insensé qui trouble la Société ont le double avantage qu'elles pré-
« viennent le crime d'une main innocente et doivent procurer en même
« temps le moyen de secourir un malheureux dont l'état peut
« changer. »

Enfin — et nous croyons utile de le souligner — cela éclairera le problème tel qu'il se posera à PARCHAPPE : ce ne sont pas les soins aux malades mentaux en général qui sont en cause, mais bien l'assistance aux aliénés indigents par référence, précisément aux malades riches :

« Les gens riches et aisés se font une loi de traiter avec soin,
« dans leur domicile, leurs parents attaqués de folie avant de prendre
« le parti de les faire renfermer ; cette conduite nous retrace ce que
« les pauvres exigent de la santé publique : il faut d'abord qu'un
« pauvre insensé soit placé dans un lieu où il subisse un traitement,
« et ce n'est qu'après l'avoir subi infructueusement que le malade
« doit être déposé dans une maison de force.

« Après un traitement inutile, une famille honnête, soit en gardant
« l'insensé dans son sein, soit en le plaçant dans un lieu de sûreté,
« donne tous ses soins pour que ce malheureux jouisse des aisances
« nécessaires, soit du côté du régime, soit dans son vestiaire et son
« coucher.

« Elle ne souffre pas qu'on le maltraite...

« Elle lui donne des surveillants sur la fidélité, l'intelligence et la
« probité desquels elle peut se reposer...

« Et le lieu où elle le place est ... salubre et n'inspire pas l'hor-
« reur...

« ... C'est ainsi que le riche peut guérir, ou du moins traîner une
« vie moins misérable.

« ... Pourquoi n'en userait-on pas de même à l'égard des pauvres ? »

En conclusion, COLOMBIER propose que, dans chaque généralité, un dépôt ou un hôpital soit réservé aux malades mentaux.

L'unité de soin qu'il définit se compose d'un grand bâtiment carré entourant une cour intérieure. Il ne doit comporter qu'un étage.

Il y dispose des chambres, des dortoirs et des « loges » pour les agités. Il suggère déjà une ségrégation entre quatre catégories de malades « imbéciles, fous violents, fous tranquilles et convales-
« cents ». Les aliénés doivent avoir la liberté de promenade.

Il ne prend pas nettement position pour la création d'établissements spéciaux pour curables, bien que ce soient surtout ceux-ci qui le préoccupent, et qu'il insiste sur l'importance qu'il y a à « traiter surtout lorsque la folie commence ».

Il note, en effet, ailleurs, qu'on ne saurait se désintéresser des « déments anciens ... l'expérience montrant qu'il arrive souvent des « révolutions chez ces individus qui reviennent entièrement à la raison « au moment où on s'y attend le moins ».

Rien ne permet de dire que ces projets de réforme en faveur des aliénés pauvres n'ont pas été avalisés et repris après 1789.

Tenon symbolise d'ailleurs cette continuité : chirurgien principal des Hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Chirurgie et de l'Académie des Sciences, chargé par la monarchie d'une enquête sur les Hôpitaux de Paris, il poursuit ultérieurement son œuvre comme membre du Comité de Salubrité, puis comme député de l'Assemblée Nationale dans laquelle il préside, à partir du 25 octobre 1791, le Comité des Secours Publiques.

Le seul problème vraiment nouveau auquel se soit heurtée la Constituante, à propos des secours aux aliénés indigents, découle de la nécessité où elle se trouve de définir les limites de la philanthropie de l'Etat en faveur des pauvres.

C'est à cette tâche que s'est voué le Comité de Mendicité, et notamment La Rochefoucauld-Liaucourt. Si elle intéresse l'ensemble des indigents, elle n'en concerne pas moins, parmi eux, nommément, les aliénés. Les règles formulées à cet égard sont intéressantes à connaître : elles ne le seront plus jamais aussi nettement, elles n'en survivront pas moins comme une des composantes importantes de la réalité asilaire :

« ... Si une charité indiscrète accorde avec insouciance un salaire « sans travail, elle donne une prime à l'oisiveté, anéantit l'émulation « et appauvrit l'Etat...

« ... De là le principe, sévère en apparence, mais juste et néces- « saire à observer dans la législation des secours, que l'homme « secouru par la nation et qui est à sa charge doit cependant se trou- « ver dans une condition moins bonne que s'il n'avait pas besoin de « secours, et qu'il put subsister par ses propres ressources : principe « aussi éloigné dans son exécution de la dureté que de la profusion, « mais principe essentiellement nécessaire et qui, bien suivi, est moral, « politique, humain, et même bienfaisant pour la Société. »

B. — CRITIQUE ET PROJETS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Dans l'ordonnance de Colombier, comme nous l'avons vu, les établissements privés pour malades mentaux représentaient le modèle à atteindre dans la conception de secours aux aliénés.

Un certain nombre de faits se conjugueront pour les faire condamner après la chute de l'Ancien Régime, de façon beaucoup plus catégorique encore que ne l'ont été les hôpitaux gratuits : que l'on soit aliéné ou prisonnier politique d'Etat, c'est sur lettre de cachet, symbole de « l'arbitraire » monarchique, que l'on entrait dans ces établissements.

Ceux-ci avaient le même rôle que la Bastille, et d'ailleurs les transferts de malades, de cette dernière à Charenton ou à la Charité de Senlis ou inversement, étaient chose fréquente ainsi que cela ressort d'exemples cités par Hélène Bonnafous-Sérieux [1].

Il faut rappeler, à ce propos, que le 13 juillet 1789, la veille de la prise de la Bastille, la prison de Saint-Lazare, où étaient enfermés aliénés et correctionnaires, avait elle-même été envahie par le peuple et les prisonniers libérés, tandis que s'enfuyaient les membres de la congrégation de la Mission.

Enfin, le fait que ces établissements privés appartenaient dans la plupart des cas au Clergé et étaient tenus par des religieux, achevait au lendemain de la victoire du Tiers-Etat de les rendre suspects.

La critique avait un rôle d'autant plus facile qu'il n'existait, comme nous l'avons vu, aucun contrôle médical avant ni pendant l'internement.

Cette condition de l'aliéné a contribué à en faire, à certains égards, un des représentants symboliques de l'oppression de l'Ancien Régime.

C'est dans cette optique, pensons-nous, qu'il faut comprendre l'exclamation de Tenon [2], habituellement si peu enclin au lyrisme.

« Chez nous peuple ancien pour l'esclavage et l'insouciance, peu-
« ple nouveau pour la liberté et la vertu ... chez nous celui qui a le
« malheur d'avoir perdu l'intelligence est exposé à la cruelle curio-
« sité du public ... il est jeté dans des loges humides au rez-de-
« chaussée, y est enchaîné ... de traitement pour la folie, il n'en est
« pas question... », etc.

Allant plus loin, c'est sur la folie en tant que telle qu'on s'interroge, et Mirabeau reproche à l'Ancien Régime « d'avoir regardé « tout sentiment ardent comme une folie dangereuse », alors que le « feu des passions, créateur des grandes choses, décèle presque tou-
« jours celui du génie ».

---

(1) Hélène Bonnafous-Sérieux, « Une maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII[e] siècle : La Charité de Senlis », P.U.F., 1936.

(2) Tenon, « Feuillets inédits », 1792. (Cités par Carette.)

Dans l'enthousiasme enfin, communiqué par les réformes sociales, on en viendra à se demander quelle part avait la « tyrannie » dans le développement de la maladie mentale, et à supputer les chances qu'aura celle-ci de se raréfier dans une Société nouvelle :

« Par l'effet, dit CABANIS [1], des institutions sages qui constituent « une véritable république, la démence et tous les désordres de l'esprit « doivent ... devenir plus rares. La Société n'y dégrade plus l'homme, « elle n'enchaîne plus son activité, elle n'étouffe plus en lui les pas- « sions de la nature ... les autorités révoltantes, les préjugés tyran- « niques cessent de lui faire la guerre ; les mœurs de l'ignorance, de « la déraison, de la misère ne l'environnent plus de leur contagion. « Il ignore toutes les altérations de l'esprit que produisent directe- « ment les désordres d'un mauvais état social ... Enfin le moment « viendra peut-être où la folie n'aura d'autre source que le déran- « gement primitif de l'organisation ou ces accidents singuliers de la « vie humaine qu'aucune sagesse ne peut prévoir. »

C. — L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE AU LENDEMAIN DE LA RÉVOLUTION

Ces considérations, bien que rapides et sans doute incomplètes, permettent d'apprécier, sans inexactitude grave, pensons-nous, l'esprit dans lequel a été abordée la question complexe de la folie, et d'éclairer les décisions de la Constituante.

Le premier geste de celle-ci est de supprimer l'ancienne procédure d'internement et de distinguer les malades des correctionnaires. Les lettres de cachet sont abolies le 16 mars 1790 par une loi de l'Assemblée Nationale qui décide « d'anéantir les ordres arbitraires et de « détruire les prisons illégales ».

Louis XVI, qui s'était opposé à cette mesure en juin 1789, « ne « sachant admettre que son Parlement attaquât une institution qui « sauvegardait la tranquillité de l'Etat et l'honneur des familles », sanctionna finalement la décision le 26 mars 1790.

La loi ordonnait « la mise en liberté immédiate de toutes les per- « sonnes détenues dans ... les maisons religieuses, maisons de force ... « par lettre de cachet, à moins qu'un jugement n'autorisât leur main- « tien ou qu'elles ne soient enfermées pour cause de folie... ».

(1) CABANIS, « Des maisons publiques et charitables de fous ».

Le sort de ces dernières était précisé par l'article 9 : « Les per-« sonnes retenues pour cause de démense seront, pendant l'espace « de trois mois, à compter du jour de la publication du présent « décret, à la diligence de nos procureurs, interrogées par les juges « dans les formes usitées et, en vertu de leurs ordonnances, visitées « par les médecins qui, sous la surveillance des directoires de district, « s'expliqueront sur la véritable situation des malades, afin que, « d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis « ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet. »

En même temps, les biens de l'Eglise avaient été confisqués, les ordres religieux supprimés et beaucoup des pensionnats fermés.

Tenon avait, à l'Assemblée, attiré l'attention sur le fait que « la « suppression de ces ordres, et de tous les autres qui se livraient à « de pareils soins, ferait disparaître ce genre de secours » et qu'il était donc important « de se précautionner à ce sujet afin de ne pas « se trouver au dépourvu ».

En fait, comme le remarquent Raynier et Beaudoin, les hôpitaux prévus par la loi du 26 mars 1790 ne furent jamais désignés.

Il n'existait pas de solution de remplacement toute prête. En août 1790, on confiant à l'administration municipale « le soin d'obvier et « de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasion-« nés par les furieux », on édictait des peines contre « ceux qui lais-« seraient divaguer des aliénés » (juillet 1791). En Vendémiaire de l'An II, on devait à nouveau, pour peu de temps il est vrai, autoriser le dépôt des aliénés dans les maisons de répression.

Les pensionnats privés poursuivent ou reprennent rapidement, pour la plupart, leurs activités antérieures avec, en général, la même direction, sécularisée et sous contrôle médical.

On augmente la capacité des hôpitaux existants.

En 1792, on construit à la Salpêtrière 262 loges « mieux, mais « insuffisantes encore », note Tenon.

Surtout, le 25 août 1791, Pinel est nommé médecin à Bicêtre, puis le 25 Floréal de l'An III à la Salpêtrière. L'exemple qu'il y donne, l'impulsion qu'il imprime à la réforme de l'assistance sont connus. La plupart des « furieux » sont détachés, des occupations commencent à leur être confiées, des « promenoirs » sont installés. Beaucoup de ces incurables recouvrent la liberté.

L'Hôtel-Dieu ferme bientôt ses portes aux aliénés. Les malades curables sont adressés à Charenton, puis à Bicêtre et à la Salpêtrière où sont réunis pour la première fois dans un même service curables et incurables.

Lentement, avec hésitations, les principes énoncés dans les premières années de la Révolution se concrétisent, tandis que la société bourgeoise issue de 1789 s'affermit après une longue instabilité politique.

Le premier de ces principes, c'est l'introduction du médecin, avec un pouvoir important, dans l'hôpital d'aliénés. Il s'ensuit une distinction entre malades mentaux d'une part, correctionnaires et prisonniers d'Etat d'autre part. (A plusieurs reprises, sous Napoléon Ier notamment, des opposants politiques seront encore enfermés dans des maisons de santé privées.)

Le deuxième principe, c'est la différenciation de l'assistance aux aliénés, par rapport aux autres malades et par rapport aux autres pauvres, différenciation traduite par l'existence d'établissements spécialisés.

L'émouvant réquisitoire que constitue le mémoire d'Esquirol au ministre de l'Intérieur, en 1819, montre le chemin qui reste à parcourir.

La carence de l'assistance psychiatrique reste effroyable pour près des deux tiers des 5.153 aliénés internés en France.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, nous pensons pourtant que cette œuvre rend également compte des importants progrès réalisés.

En pratique, les conditions offertes aux 2.000 malades de Paris (à Bicêtre, à La Salpêtrière et à Charenton) sont considérées comme bonnes par l'auteur (avant 1789, il n'y a sans doute pas un aliéné indigent dont on aurait pu dire la même chose), mais surtout les conclusions d'Esquirol et les principes qu'il énonce montrent qu'une étape a été franchie.

Il ne s'agit plus d'expliquer que la folie est une maladie qui peut guérir, il s'agit déjà de définir concrètement l'instrument de cette guérison : cet établissement « qu'il voudrait que l'on nommât asile ... pour « qu'il n'offrît à l'esprit aucune idée pénible ».

CHAPITRE IV

LES PRINCIPES GENERAUX DE PARCHAPPE

Avant d'aborder l'étude des problèmes concrets posés par l'asile d'aliénés, il était nécessaire de bien s'entendre sur le but à atteindre.

Les premières questions auxquelles PARCHAPPE est amené à répondre sont ainsi d'ordre tout à fait général :

1° A qui les secours publics sont-ils destinés, et notamment :
— à quelles catégories de maladies mentales ?
— à quelle classe sociale ?

2° De quelles sortes de secours les aliénés ont-ils besoin ?

3° Est-il souhaitable, ou au contraire préjudiciable, d'hospitaliser les aliénés curables et incurables dans le même établissement ?

A. — LES HANDICAPÉS MENTAUX

Nous avons vu que, sous l'Ancien Régime, l'ébauche d'assistance spécialisée dans la maladie mentale n'embrassait que les cas de folie proprement dite, et encore, en pratique, dans la mesure où les malades étaient dangereux. Par contre, rien ne différenciait habituellement, quand ils étaient secourus, les imbéciles et certains épileptiques des autres catégories d'indigents assistés. C'est d'ailleurs en faveur des premiers qu'est dirigé l'essentiel de la campagne de cette époque, puisque c'est parmi eux que se recrutent les 70 % de malades curables dont parle TENON.

Ultérieurement, le champ de l'assistance psychiatrique s'élargit et les projets et plans des aliénistes du XIX^e^ siècle tiennent habituellement compte des problèmes posés par toutes les catégories de malades mentaux. La prise de position de PARCHAPPE est particulièrement nette. Il entend que c'est une obligation pour l'Etat d'assister « non « seulement toutes les formes et tous les degrés de la folie propre-

« ment dite, simple ou compliquée, mais encore l'idiotie qui dépend « d'un vice congénital et l'imbécillité qui a été produite par une « maladie ». Il émet avec insistance le vœu que l'épilepsie soit également parmi les maladies prises en charge par l'asile, à cause « de la « grande affinité qui existe entre l'aliénation mentale et l'épilepsie » et aussi parce qu'il n'existe rien en France pour la secourir. Il s'élève et lutte contre les interprétations restrictives de la loi de 1838 faites par certaines collectivités locales qui, dans un but d'économie, essaient de limiter l'esprit du texte à la protection de la Société.

« Pour combattre cette tendance des administrations locales à res- « treindre aux aliénés dits dangereux l'obligation départementale de « secours, j'ai eu plusieurs fois à invoquer dans mes inspections les « principes généraux de la science qui déterminent, d'après la nature « des choses, la destination à donner aux asiles d'aliénés... »

Il s'appuie pour ce faire sur l'article 25 de la loi de 1838, paragraphe 2, ainsi que sur l'interprétation de cet article par la circulaire ministérielle du 5 août 1839 : « ... Les aliénés dont l'état mental ne « compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes seront « également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux « conditions qui seront réglées par le Conseil Général, sur la pro- « position du préfet et approuvées par le ministre ... Il est des aliénés « dont la condition est trop déplorable, quoiqu'ils ne menacent point « la sécurité des citoyens, pour que la Société ne leur vienne pas en « aide. Tous ceux surtout qui sont en proie aux premiers accès d'un « mal que l'art peut dissiper, doivent être admis à recevoir les secours « de la science et de la charité. »

Mais Parchappe va plus loin que la circulaire ministérielle elle-même dans l'interprétation de la loi. Il n'est plus question chez lui de subordonner l'admission aux conditions admises par le Conseil Général, ni à la curabilité du malade.

En fait, et c'est là qu'il pose en quelque sorte les principes d'une assistance authentique. Ce n'est pas tellement en fonction du diagnostic porté de telle ou telle catégorie de maladie mentale, mais en fonction de l'*inadaptabilité sociale* — conséquence de l'altération des fonctions mentales — que l'on doit assistance à l'aliéné : « L'appré- « ciation des motifs essentiels de l'intervention de la bienfaisance « et de l'autorité publiques dans les secours à donner aux aliénés « pauvres conduit à reconnaître que les asiles d'aliénés doivent être « largement ouverts ... à tous les malheureux que le trouble, la perte « ou le non-développement de la raison rend incapables de subvenir « à leurs besoins et de participer à la vie commune dans notre état « social. »

C'est d'ailleurs également sur les mêmes critères qu'il revendique, pour les épileptiques, la possibilité d'être admis dans l'asile : « L'épi- « lepsie habituelle entraîne ou l'incapacité de travail libre, ou l'impos- « sibilité de se trouver du travail par suite de la répulsion qu'inspire « cette maladie. »

C'est, en définitive, la notion moderne de « handicapé mental » que nous retrouvons ainsi chez PARCHAPPE.

B. — ALIÉNÉS INDIGENTS ET ALIÉNÉS RICHES

Il ressort de la rapide rétrospective que nous avons faite au premier chapitre que, même à une période où les établissements privés n'étaient pas dirigés par des médecins, il était possible pour les malades aisés d'y trouver des soins satisfaisants.

La deuxième condition qui doit, dans la pensée de PARCHAPPE, donner droit aux secours publics gratuits est naturellement l'impossibilité où se trouve la famille du malade de subvenir aux soins dont il a besoin.

Ce n'est rendre compte, ni de ce qu'était la société du milieu du XIX[e] siècle, ni du réalisme qui caractérise constamment la pensée de PARCHAPPE que de dire, comme le fait MAUREY [1], que PARCHAPPE « préconise une certaine égalité devant les soins » entre les différentes couches sociales. Un tel problème ne se pose pas en 1850, et PARCHAPPE cite, sans la mettre en cause, l'affirmation de FERRUS [2], selon lequel c'est « une mesure très fâcheuse » que celle qui consiste en « la réunion des riches et des pauvres dans la même maison .... « individus dont la position réclame des soins différents ». Il signale d'ailleurs lui-même, à propos du classement des malades, comme « une notable supériorité » des établissements français sur les établissements étrangers, le fait que « la séparation des indigents et des « pensionnaires y soit réelle ».

Ce qui est vrai, c'est que PARCHAPPE s'est fixé pour tâche la réalisation d'une assistance psychiatrique efficace pour les pauvres.

(1) MAUREY, « Contribution à l'histoire de la psychiatrie. Deux grands inspecteurs généraux, Parchappe et Raynier », *Thèse*, Paris, 1961.

(2) FERRUS, « Des aliénés », 1834.

Ce n'est que de façon contingente qu'il étudie la question de savoir si l'asile doit être ouvert aux « classes riches » et, en définitive, d'abord en fonction du bénéfice que peut en retirer l'établissement.

Il nuance d'ailleurs sa réponse suivant l'appartenance de l'aliéné à l'une des trois classes riches qu'il distingue :

1) Certains aliénés ont « une aisance trop médiocre » pour trouver place dans des établissements privés. Cette catégorie doit évidemment être admise dans les asiles publics, au régime général, c'est-à-dire avec les indigents, et « ils doivent payer un prix de pension « équivalent au prix d'entretien fixé pour les pauvres ». Il est d'autant plus important de les admettre « qu'ils tombent nécessairement « tôt ou tard à la charge de l'assistance publique, et le plus ordi- « nairement à l'état incurable si une administration prévoyante et « bienfaisante ne leur a facilité, en temps utile, l'entrée à prix de « pension dans les établissements publics ».

2) Parchappe ne prend pas position de façon catégorique quant à l'admission des aliénés des classes qu'il appelle « aisées ». Il le souhaite d'un point de vue économique : « Les pensions plus ou moins « élevées que payent les familles pouvant être une source légitime « de bénéfices considérables. »

Mais il note que la constitution matérielle de l'asile en sera compliquée et met en garde contre le risque que « la préoccupation légi- « time de l'intérêt des pensionnaires ne conduise à sacrifier quelques- « uns des avantages dus aux pauvres ». Il pense toutefois, quant à lui, que ce danger peut être surmonté, et c'est ainsi que l'asile construit à Quatre-Mares, d'après son programme, peut recevoir 11 pensionnaires de première ou seconde classe et 34 pensionnaires de troisième classe. Tous les pensionnaires des classes supérieures et la moitié de ceux de troisième classe jouissent d'une chambre personnelle. Un vestibule avec lit de domestique est annexé à 10 de ces chambres, une salle à manger, une salle de billard, un salon, une salle de réunion sont réservés aux pensionnaires des première et deuxième classes.

3) Quant aux aliénés des classes les plus riches : « Leur pension- « nat ne peut entrer dans le système d'un asile public sans entraîner « la nécessité de sacrifier quelque élément utile ou indispensable de « l'asile ... Les classes riches doivent être absolument abandonnées « aux asiles privés à moins que, comme on l'a fait à Glasgow, on « ne crée au contact de l'asile des pauvres, et dans des conditions « indépendantes, un asile spécial pour les riches. »

C. — HOPITAL ET HOSPICE

La prise en charge par l'assistance psychiatrique de toutes les catégories d'aliénés pauvres va avoir une double conséquence immédiate.

1) Comme il est hors de question d'espérer la guérison d'un certain nombre d'entre eux, il devient nécessaire de prévoir, en plus de l'organisation du traitement médical, un autre type de secours : l'aménagement du refuge des incurables.

2) Et la question fondamentale se pose alors de savoir si le même établissement peut répondre à cette double mission, autrement dit s'il est utile ou nuisible de réunir dans le même asile curables et incurables.

C'est à de nombreuses reprises que PARCHAPPE revient sur le double caractère de la tâche qui incombe à l'assistance psychiatrique. « Son but essentiel est l'accomplissement d'une œuvre de science et « de bienfaisance ... Il s'agit ... d'assurer à des malades privés de « la raison les secours d'un traitement curatif, les bienfaits d'un « refuge protecteur et consolateur ... Le problème ... implique une « double destination de l'institution, celle de maison de traitement « pour les malades, celle de maison de refuge pour les infirmes... », etc., etc.

Il est vrai que cette double orientation des secours publics n'est pas un problème nouveau. Nous avons vu que l'assistance au XVIII[e] siècle rassemblait dans les mêmes organismes administratifs, avec les malades, toutes sortes de catégories d'indigents : blessés, vieillards, enfants trouvés, infirmes, mendiants, etc.

La façon dont le problème est posé à l'époque de PARCHAPPE est cependant tout à fait différent :

— d'une part, parce que l'assistance aux malades mentaux forme maintenant un tout qui les distingue des autres catégories d'assistés ;

— d'autre part, parce qu'il ne s'agit plus, comme dans les projets de TENON, de lutter pour qu'à l'intérieur de l'organisation charitable les malades puissent trouver des secours médicaux, mais bien de prendre en charge dans une optique au départ médicale tous les aliénés indigents.

Cette idée, suivant laquelle c'est au médecin de définir les besoins de l'aliéné et de contrôler les secours qui lui sont fournis, même s'il

s'agit d'un incurable, se retrouve implicitement dans toute l'œuvre de PARCHAPPE et de plusieurs de ses contemporains.

Elle apparaît — nous y reviendrons — comme une véritable révolution des idées par rapport à l'Ancien Régime. Elle permet, quand on connaît la rigueur de la pensée de PARCHAPPE, d'en inférer sa réponse à la question que nous posions au début de ce chapitre : il ne saurait y avoir, pour lui, d'asile distinct établissant une ségrégation entre aliénés curables et incurables.

Ce choix aura une influence considérable sur toute l'organisation à venir de l'assistance aux malades mentaux en France. C'est à partir de là, peut-on dire, que l'établissement psychiatrique va trouver une de ses originalités par rapport aux autres hôpitaux.

C'est bien en fonction de cette donnée que RAYNIER et LAUZIER définiront encore en 1935 les caractéristiques de l'asile d'aliénés : « Les indications d'ordre général, *hospitalier* [1], doivent évidemment « être largement complétées, révisées et modifiées par des prescrip- « tions d'ordre particulier, *asilaire* [1], suivant les nécessités de leur « adaptation aux malades spéciaux qu'il s'agit de traiter *ou* d'hospi- « taliser, parfois en de longs séjours. »

D. — CURABLES ET INCURABLES

La réunion des curables et des incurables dans le même asile a été discutée. Nous avons vu qu'au XVIII[e] siècle, en France, les secours gratuits distinguaient théoriquement les curables des incurables. Les projets de COLOMBIER et DOUBLET, de TENON, envisageaient la création d'hôpitaux nouveaux (en particulier Sainte-Anne) spécialement conçus pour le traitement des « fous curables ».

Le modèle cité par TENON est l'Hôpital Saint-Luc, en Angleterre, qu'il visite en 1787 avant son achèvement :

— il est réservé aux pauvres ;

— il faut, pour y être admis, être « décidé maniaque », n'être ni imbécile, ni épileptique », être malade depuis moins d'un an, n'avoir pas été traité antérieurement « dans un autre hôpital de fous » ;

— on ne peut y être traité plus d'un an : « Si au bout de ce temps « ils (les malades) ne sont pas guéris, on les renvoie. »

(1) Souligné par les auteurs.

Dans la première moitié du XIXe siècle, la réorganisation de la psychiatrie préoccupe toute l'Europe et la question de la réunion des curables et incurables apparaît naturellement comme une des premières à trancher.

En Italie, GUALANDI (1823) se prononce pour la séparation.

En Belgique, une commission nommée en 1841 par le Ministère de la Justice, et dont fait partie l'aliéniste GUISLAIN, se prononce également en faveur de la séparation.

Il en est de même pour la commission métropolitaine de l'aliénation pour l'Angleterre (1843) dont les opinions seront d'ailleurs vivement combattues par CONOLLY.

Dans aucun de ces pays, en fait, on ne généralisera cette distinction entre établissements pour curables et asiles pour incurables.

En Allemagne, par contre, le principe de la séparation est généralement, non seulement admis, mais appliqué, quoique d'une façon plus théorique qu'effective, note PARCHAPPE.

En France, à la même époque, l'unanimité était pratiquement réalisée sur le principe de la réunion des aliénés curables et incurables dans le même asile. Seul, ESQUIROL, dans son mémoire au ministre de l'Intérieur (1819), préconisait leur séparation. Encore faut-il noter que cela se passait plus de vingt ans avant les études que nous venons de citer et qu'il n'existait pas en Europe d'établissements satisfaisants, en dehors précisément de quelques asiles réservés aux aliénés curables tels que celui de Bedlam, en Angleterre, que cite l'auteur. Il faut ajouter, qu'en plus de la description maintenant classique du sort fait aux aliénés, le mémoire contient un recensement de leur répartition dans l'ensemble de la France si désastreux que les idées défendues en 1851 par PARCHAPPE n'auraient sans doute pas alors semblé réalistes.

Les malades mentaux sont, en effet, distribués dans 8 établissements spéciaux « pleins de défauts »[1] ; « dans les bâtiments les plus « vieux, les plus humides et les plus délabrés » des hôpitaux et hospices de 33 villes ; dans les dépôts de mendicité de 12 villes ; et dans 9 prisons officiellement, dans toutes en réalité « faute de savoir « où les mettre ». En dehors des « furieux », enchaînés dans des cachots, la plupart de ces malades sont mélangés suivant l'établissement où ils se trouvent, « aux imbéciles et aux indigents », « aux mendiants et aux vagabonds » ou « criminels », « sans soins particu-

(1) A l'exception de Bicêtre et de la Salpêtrière « qui, avec leurs bâtiments « spéciaux, leurs serviteurs et médecins distincts sont vraiment des hôpitaux dans « des hospices ».

liers ». On conçoit que, dans ces conditions, Esquirol se soit contenté de suggérer au ministre la création d'une vingtaine d'asiles pour 400 à 500 malades et « d'un petit nombre d'établissement dans les- « quels on pourrait recevoir 150 à 200 aliénés mis en traitement ». Encore la ségrégation n'est-elle sans doute pas absolue dans l'esprit de l'auteur puisque ces établissements « serviraient de modèle ... et « d'objet d'émulation pour les autres maisons ».

Il est assez remarquable que, mise à part cette opinion nuancée d'Esquirol, tous les aliénistes français se soient finalement prononcés, pour des raisons humanitaires ou médicales, contre le principe d'établissements distincts. C'est le cas notamment de Pinel, de Ferrus, de Brierre de Boismont, de Falret et de Girard. Une réserve toutefois était apportée à propos des imbéciles et des épileptiques qui, pour Falret et Girard, devaient bénéficier d'institutions spécialisées.

Nous pensons qu'une telle convergence d'opinions, assez particulière à la France, peut être en grande partie considérée comme une des répercussions de l'œuvre accomplie par Pinel. En libérant de leurs chaînes des aliénés et en permettant à certains de recouvrer la liberté, Pinel avait fourni une arme spectaculaire, et qui n'a pas manqué d'être utilisée à tous ceux qui, depuis Tenon, faisaient campagne pour que soit radicalement repensée l'assistance aux malades mentaux.

Mais le fait le plus marquant — bien qu'il n'ait guère été étudié comme tel[1] — et qui ne pouvait manquer d'infléchir les opinions encore mouvantes sur l'organisation de cette assistance, c'est que l'expérience de Pinel se soit réalisée à Bicêtre et à la Salpêtrière, c'est-à-dire précisément là où étaient relégués les aliénés incurables, ceux pour lesquels les médecins, après échec thérapeutique, avaient fourni un certificat d'incurabilité.

A partir de cette expérience assez unique en Europe, puisque dans les autres pays les réformateurs avaient plutôt les yeux tournés vers quelques réalisations « pilotes » déjà existantes réservées aux curables, se confirmait, chez les aliénistes français, la notion qu'il n'était pas possible de décider de la non-curabilité de l'aliéné et, partant, se dégageait la condamnation de toute assistance psychiatrique se ramenant à la formule de l'hospice.

(1) Parchappe l'évoque cependant au passage dans une rapide rétrospective historique sur l'assistance : « En 1797, à la Salpêtrière, ... il (Pinel) créa une « infirmerie pour les maladies accidentelles, des dortoirs pour les incurables tran- « quilles et propres, et pour les convalescents une salle de bains et une douche, « un promenoir planté. En un mot, il organisa un traitement curatif dans le « quartier créé pour des incurables. »

C'est cette condamnation qu'on retrouve implicitement dans l'attitude de PARCHAPPE et de ses contemporains vis-à-vis des établissements spécialisés pour incurables, l'analyse leur montrant qu'un tel établissement, de par sa nature même, tendra toujours, quels que soient les efforts qu'on fasse, à n'être qu'un hospice [1].

Dans sa réfutation, PARCHAPPE examine successivement les avantages et les inconvénients des projets d'établissements distincts :

1) Les avantages lui paraissent « fort contestables et même en « fin de compte illusoires ». Le traitement des malades curables n'en sera pas amélioré, car « loin d'être un obstacle à l'efficacité d'un trai- « tement curatif pour les aliénés curables, la présence des aliénés « incurables, à la condition de la possibilité d'un classement conve- « nable, est, entre les mains d'un médecin judicieux, un puissant « adjuvant pour prendre et conserver sur les aliénés curables l'as- « cendant, et pour leur imposer les habitudes disciplinaires qui consti- « tuent une part essentielle du traitement moral, et qui concourent « si puissamment à la guérison de la folie ».

Il n'y a pas de fondement plus solide dans « les avantages économiques » de la séparation : les établissements pour curables, devant ne recevoir qu'un très petit nombre de malades, reviendraient relativement très chers ; et les établissements pour incurables resteraient onéreux, car « à moins qu'on ne se décidât à sacrifier cette popula- « tion ..., quelle différence notable y aurait-il dans les dépenses « nécessaires pour atteindre dans l'asile des incurables un but dont « les moyens essentiels devraient être précisément ceux qu'on emploie « dans les asiles qui réunissent les curables ou les incurables, ou « encore ceux qu'on devrait aussi employer dans les asiles spéciaux « de traitement ? »

2) Les inconvénients paraissent plus sérieux à PARCHAPPE.

Pour le malade, que « la déclaration d'incurabilité aura pour effet « de priver de la jouissance des avantages réunis dans les maisons « de traitement ».

Pour le médecin, car « quel est le médecin qui, dans un asile « d'incurables, ne se sentirait profondément découragé de sa mission

(1) Dans cette polémique où s'opposent, en définitive, les points de vue économique et scientifique de l'assistance, apparaît, sous la plume de FALRET, en opposition au terme « incurable », celui plus médical de « chronique » : « ... Le « projet d'affecter aux aliénés incurables, ou pour mieux dire aux aliénés chro- « niques, des établissements particuliers, pourrait bien prendre de la consistance. « Je le crains et je viens m'inscrire contre la réalisation d'un plan que je regarde « comme très funeste pour les aliénés, pour le sentiment de famille et la morale « publique, et pour la science médicale. » (Notice sur l'Asile d'Illenau, 1845.)

« en face d'une masse de malheureux condamnés à ne sortir de « l'asile que par la mort ?... »

Parchappe repousse de la même façon le projet qui suppose la séparation à l'intérieur du même asile des aliénés en curables et en incurables. Il est par contre moins catégorique en ce qui concerne la séparation « des idiots, des imbéciles et des épileptiques ». Et s'il l'admet, c'est « comme ressource exceptionnelle » dans le cas où, « dans une circonscription territoriale donnée, le nombre des aliénés « de toute espèce ... dépasserait le chiffre qui peut être considéré « comme le maximum de la population à réunir dans un seul asile ».

CHAPITRE V

L'ASILE D'ALIENES TEL QUE LE CONÇOIT PARCHAPPE

Le but à atteindre ayant été clairement limité, il restait à en définir avec précision l'instrument. « Il y a cette différence frappante, « disait TENON, en 1788, entre un hôpital de fiévreux et blessés et un « hôpital de fous curables, que le premier offre seulement un moyen « de traiter avec plus ou moins d'avantage, selon qu'il est plus ou « moins bien distribué, tandis que le second fait lui-même fonction « de remède. » Trois quarts de siècle plus tard, la psychiatrie hospitalière s'était enrichie de nombreuses expériences qui ont, comme nous l'avons vu, beaucoup modifié et précisé les conceptions originelles ; mais un fait demeure : c'est l'importance privilégiée, particulière au domaine de la maladie mentale, de l'hôpital en tant qu'instrument de soin, au point qu'il ne nous semble pas exagéré de dire que l'asile d'aliénés résume à cette époque tous les besoins de l'assistance. Cet aspect est bien mis en valeur dans ce que PAUMELLE intitule « le « traitement par l'asile »[1].

PARCHAPPE, comme la plupart des aliénistes de son époque, est convaincu que les deux tiers environ des sujets atteints de folie peuvent et doivent guérir à la condition d'être traités au début de la maladie dans une institution adéquate. A défaut de celle-ci, il considère qu'ils ont toute chance de « tomber tôt ou tard à l'état incu- « rable ». Le pronostic de l'aliénation va donc finalement dépendre étroitement de ce que sera l'hôpital d'aliénés : c'est assez dire avec quelle rigueur « scientifique » doivent être conçus les asiles.

Cette rigueur, PARCHAPPE l'annonce dès les premières lignes de ses *Principes à suivre sur la fondation et la construction des asiles*

(1) PAUMELLE, « Réflexions sur les " Principes à suivre sur la fondation et la construction des asiles d'aliénés " de Parchappe », *Information psychiatrique*, 1953, p. 270.

d'aliénés : « Le problème de la fondation des asiles d'aliénés est « soumis dans sa solution à des règles qui ne peuvent comporter « aucune exception. Ces règles représentent des principes communs « et invariables, dont la consécration doit se retrouver comme « donnée fondamentale dans la constitution de tout établissement « destiné aux aliénés. La science et l'expérience sont heureuse- « ment parvenues à donner à ces principes, par l'unanimité des auto- « rités les plus compétentes, un caractère presque absolu de rigueur « et de fixité. »

Les principes énoncés par l'auteur régissent tous les aspects de l'institution asilaire, depuis l'architecture, étudiée dans ses plus petits détails, jusqu'à l'organisation médicale et administrative du service.

Nous pensons qu'on peut en donner ici une vue synthétique en les envisageant en fonction de leur finalité. Ils ne représentent en effet en dernière analyse rien d'autre que l'ensemble des conditions qui doivent aux yeux de PARCHAPPE concourir à doter l'asile de son arme thérapeutique décisive : le « traitement moral », auprès duquel la thérapeutique au sens étroit du terme (médicaments, saignées, purgations, hydrothérapie, alitement) ne représente qu'un appoint, assurément nécessaire, mais accessoire : « ... L'organisation bien « entendue de l'asile même où sont reçus les aliénés est un des « premiers moyens de traitement moral, dont la puissante influence « se traduit à propos des malades qu'on y introduit, quelques fois « par une guérison immédiate, ordinairement par la prompte cessa- « tion de leurs manifestation les plus désordonnées. »

Les principes de PARCHAPPE, expression d'une conviction impérieuse, sont, comme c'est de règle dans ses travaux, le résultat de la confrontation constante de sa riche expérience personnelle de chef de service, puis d'inspecteur général, avec l'étude approfondie des opinions de ses contemporains et des enseignements du passé.

Le traitement moral, loin de se limiter au « colloque médecin-malade », recouvre en définitive tout ce qui concourt à faire régner dans l'asile une ambiance spécifique bien déterminée ; il implique des règles d'hygiène, des moyens thérapeutiques, une architecture précise ; il impose la nécessité d'une certaine organisation du service avec sa hiérarchie, sa répartition des malades en quartier, sa discipline, des activités laborieuses et des loisirs ; il implique une direction médicale indiscutée, un nombre de malades limité, etc...

Dans la nécessité où l'on est de faire un choix pour exposer une doctrine dans laquelle pourtant chaque détail apparaît comme partie intégrante d'un tout, nous négligerons certains aspects techniques aujourd'hui dépassés. Nous passerons rapidement, pour les mêmes

raisons, sur des principes admis actuellement par tous, par exemple en matière d'hygiène et d'encombrement, même si l'on sait que par la force des choses ils sont encore loin d'être respectés dans plus d'un hôpital psychiatrique de 1964.

Trois aspects de l'asile de PARCHAPPE doivent être dégagés :

— les conditions matérielles générales ;

— l'organisation du travail ;

— la place et le rôle du médecin-chef de service.

A. — CONDITIONS MATÉRIELLES GÉNÉRALES DE L'ASILE

L'asile d'aliénés, tel que le conçoit PARCHAPPE, doit pouvoir recevoir de 200 à 400 malades et ne comporter, comme nous le verrons, qu'un service.

L'auteur s'est particulièrement attaché à répartir les malades, à l'intérieur du service, en quartiers distincts. PAUMELLE s'élève contre certaines interprétations superficielles de ce principe à l'occasion desquelles PARCHAPPE pourrait apparaître « sous les traits d'un botaniste « ou d'un entomologiste ... qui se serait contenté d'épingler chaque « malade, de les définir pendant des années sous les qualificatifs « de gâteux, agités, travailleurs, etc ... » Il ne s'agit pas non plus, comme le note encore cet auteur, « de classement policier ». Nous ajouterons que cette répartition des malades en quartiers apparaît, au XIX^e^ siècle, avant « l'ère chimiothérapique », comme une nécessité absolue à tous ceux qui se sont penchés sur l'aménagement des possibilités thérapeutiques de l'asile. On la voit apparaître sous forme d'ébauche dans l'instruction de COLOMBIER et DOUBLET, puis s'imposer à tous les aliénistes français au fur et à mesure que se développe l'expérience asilaire, et il n'est à notre connaissance pas une voix qui se soit alors élevée contre ce principe.

La discussion porte en fait à cette époque sur les modalités de la ségrégation des malades et, en conséquence, sur sa signification. C'est un souci thérapeutique qui dicte en premier lieu le choix de PARCHAPPE. Son opinion à cet égard est sans équivoque : « Il est « indispensable de reconnaître que le principe de classement à adopter ... doit se spécialiser en vue du but essentiel à atteindre, savoir « la réalisation de tous les avantages qui, dans l'intérêt de la guérison « et du bien-être des malades, peuvent résulter soit de leur réunion « dans les mêmes quartiers, soit de leur séparation dans des quartiers « distincts. » Dans cette intention, PARCHAPPE rejette les classements

trop théoriques ou doctrinaux comme ceux fondés sur la curabilité ou les entités morbides : « On ne peut espérer parvenir à fixer soli- « dement les principes du classement des malades qu'à la condition « de se décider à constamment subordonner les conceptions théo- « riques à l'utilité pratique. »

Il ne préconise donc pas un système rigide et fixe, mais un aménagement qui évite autant que possible les promiscuités pénibles (ne pas mélanger les bruyants et les calmes, ceux qui sont propres et ceux qui ne le sont pas), qui tienne compte autant que possible des affinités et des incompatibilités (« la différence des goûts, des « habitudes, des aptitudes chez les vieillards et chez les adultes « motive ... une séparation dont l'utilité ne saurait être contestée »), qui permette une surveillance accrue là où elle est nécessaire, etc...

Son but final est en somme là encore de contribuer à renforcer le traitement moral : « Il y a toute espèce d'avantages à composer « des groupes de malades destinés à vivre en commun, de manière « à contrebalancer dans leurs relations habituelles les tendances « opposées de leurs excentricités et à fondre ces tendances dans « des habitudes communes d'ordre, de calme, d'obéissance et de « travail. »

Il suggère en conclusion à cette étude :

1) Séparation de l'asile en deux établissements secondaires et distincts, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes ;

2) Subdivision de chacune de ces deux grandes sections en asile de régime commun pour les indigents et pour les pensionnaires de la classe supérieure, et en pensionnat pour les classes aisées et riches ;

3) Subdivision de l'asile de régime commun en quartiers distincts, à savoir :

— quartier d'enfants ;
— quartier de vieillards ;
— quartier d'aliénés épileptiques ;
— quartier d'aliénés en traitement ;
— quartier d'aliénés agités ;
— quartier d'aliénés malpropres ;
— quartier de surveillance continue, pour les aliénés atteints de maladies accidentelles (infirmerie) et pour les aliénés dominés par des penchants dangereux ;
— quartier d'aliénés tranquilles, contenant plusieurs sections et notamment une section pour convalescents.

Les locaux réservés à l'habitation des malades doivent être spacieux, les dortoirs à deux rangées de lits dont chacun est séparé par la largeur d'une fenêtre ne doivent pas comporter plus de vingt lits dans le quartier des tranquilles, plus de trente dans la subdivision des travailleurs. Le nombre de 10 à 12 lits ne saurait être dépassé pour les autres catégories. Les habitations particulières, cellules d'isolement pour les agités, chambres personnelles pour certains malades ou convalescents, doivent représenter environ 10 % du total des places.

Il faut souligner que c'est pour des raisons économiques, afin qu'ils soient affranchis du droit d'octroi, que PARCHAPPE conseille d'édifier les asiles en zone rurale. Dans ces conditions, il souhaite qu'ils soient aussi proches que possible du centre urbain le plus actif de la région, de même qu'il réprouve les transferts de malades loin de leur domicile parce que « la valeur même du secours, pour « ceux à qui il est accordé, est considérablement diminuée par l'expa- « triation et par la suppression des relations de famille ».

L'architecture générale de l'établissement doit être caractérisée par « la régularité, la grandeur, l'harmonie des lignes et des propor- « tions » de façon à « imprimer à l'ensemble un caractère monumental « en rapport avec la destination de l'institution ». Sans approuver l'Angleterre « dans le choix qu'elle a fait d'un style qui ne convient « véritablement qu'à des habitations princières », alors que « les « asiles d'aliénés sont en réalité des hôpitaux destinés à des malades « et à des indigents », PARCHAPPE n'avoue pas moins lui envier « ces édifices majestueux dans leur ensemble et confortables dans « leurs détails, ces parcs grandioses à plantations luxuriantes, à « pelouses verdoyantes et fleuries, dont l'harmonieuse association « imprime aux asiles anglais un caractère exceptionnel de beauté « calme et puissante ». De tels édifices lui apparaissent « propres à « ranimer l'intelligence et le sentiment engourdi ou à distraire ou « consoler les passions douloureuses chez les malheureux insensés ».

B. — ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail des aliénés représente sans contredit un des moyens les plus importants du traitement moral de PARCHAPPE [1].

(1) Voir en particulier : « De l'organisation du travail dans les principaux asiles de la Grande-Bretagne et dans l'asile du département de la Seine-Inférieure », *Ann. Médico-Psychol.*, 1848, pp. 357-401.

Elle n'a cessé de le préoccuper. Médecin de l'asile de Saint-Yon, il s'efforce avec ardeur d'égaler en cette matière les maîtres du moment, les aliénistes anglais ; et il avoue que les chiffres publiés « qui ont fait la gloire » des établissements anglais « ont plus d'une « fois fait son désespoir au milieu de ses efforts pour développer « et perfectionner l'organisation du travail dans l'asile confié à ses « soins ».

Il ne trouvera en fait le repos qu'en s'apercevant que ses propres résultats peuvent en réalité soutenir avantageusement la comparaison avec les meilleurs, une fois « adoptée pour l'appréciation du travail ... « une méthode vraiment rigoureuse, celle qui consiste à compter les « journées réelles de travail et à les comparer aux journées réelles « de résidence ».

Le souci de faire travailler les aliénés assistés est, il faut le souligner, bien antérieur à PARCHAPPE ; il apparaît comme un souci constant des médecins, des philanthropes et des administrateurs dès les premiers projets de transformation de l'assistance après 1789.

Tout se passe comme si, la Révolution ayant libéré l'entreprise privée de ses entraves, le travail avait été investi de vertus libératrices et d'une valeur morale nouvelles : « l'homme ... qui préfère « au travail la mendicité, devient dès lors coupable envers la société « et mérite sa sévérité et la répression la plus prompte », déclare LA ROCHEFOUCAULD-LIANCOURT au nom du Comité de Mendicité en 1791.

Cette évolution devait retentir sur les conceptions de l'assistance aux aliénés. C'est dans cette vue, pensons-nous, qu'on peut ranger l'appréciation de FOUCAULT dans *Histoire de la folie* : « Au Moyen- « Age, le grand péché fut la superbe. A l'aube de la Renaissance. « d'après HUIZINGER, l'avarice. Tous les textes du XVII[e] siècle annon- « cent au contraire l'infernal triomphe de la paresse ». et plus loin : « A partir de l'âge classique ... la folie est perçue à travers une « condamnation éthique de l'oisiveté. »

A cette vertu du travail, il faut lui ajouter un avantage plus immédiat : c'est la possibilité de diminuer les charges de l'assistance par une sorte d'auto-entretien grâce à la productivité des assistés eux-mêmes.

Enfin, à partir du moment où sont édifiées des institutions réservées aux aliénés, le travail apparaît de façon spécifique à la fois comme un moyen et comme un témoignage des progrès de la réinsertion du malade dans le réel, en même temps qu'il offre une garantie indispensable à sa sortie.

Ces trois avantages objectifs du travail : lutte contre l'oisiveté comme cause d'indigence, souci de limiter les frais de l'assistance, enfin rôle thérapeutique dans la maladie mentale, sont déjà exprimés par Cabanis : « Un travail convenable, bien dirigé, bien approprié « aux formes et aux dispositions présumées de chaque individu, non « seulement diminuera sur le champ et d'une manière directe la « dépense des hôpitaux mais, de plus, les délivrera par degrés d'une « manière paisible de ce surcroît de faux pauvres qui les surcharge. « A l'égard des fous, le travail offre même des avantages parti- « culiers : il fera partie de leur traitement. Pour les guérir de leur « maladie, il faut souvent commencer par les guérir de leur oisiveté : « c'est-à-dire ceux qui sont capables d'une occupation quelconque. « Tant que les fous peuvent travailler, il faut leur fournir du « travail. Toutes les bizarreries de l'imagination prennent une force « singulière dans l'oisiveté et, même par cette seule circonstance, « elles peuvent se transformer en une véritable folie ... Ainsi donc « on occupera les fous dans tous les lieux publics destinés à les « traiter ou à les garder. On emploiera même, s'il est nécessaire, un « certain degré de terreur pour forcer au travail ceux qui s'y refu- « seraient et qu'on en jugerait capables. »

L'opinion de Parchappe, en matière d'organisation du travail, reflète indéniablement ces divers aspects. Son apport personnel est de l'avoir étudiée systématiquement, codifiée, hiérarchisée et subordonnée sans équivoque à l'intérêt du malade.

Parchappe pose comme principe fondamental que « le travail « dans les asiles d'aliénés a pour destination principale le bien-être « des malades », qu'en aucun cas, « l'asile d'aliénés ne doit pouvoir « être assimilé à un atelier et à une maison de correction ».

Toutefois il considère « qu'après avoir généralement réussi à « organiser le travail dans l'intérêt des malades, le perfectionnement « vers lequel il faut tendre ... c'est de concilier la nécessité de conser- « ver au travail son caractère essentiel de moyen hygiénique, avec « la convenance de lui imprimer une direction lucrative ». Le but économique du travail est de « l'affranchir (l'asile) autant que pos- « sible de tout tribut payé à des industries extérieures ».

Il critique le manque de réalisme des théoriciens du travail à but purement thérapeutique : « Quels que soient ... les scrupules philan- « thropiques formulés dans les livres anglais, en fait, les bénéfices « d'un travail productif ne sont rien moins que négligés dans les « établissements de la Grande-Bretagne. Certes ce n'est pas dans « des ateliers de cordonnerie et de tissage et dans les porcheries

« qu'on a pu chercher les conditions d'une occupation attrayante et « salutaire pour les aliénés ... Pourquoi donc blâmer le but vers « lequel on tend ? Ou pourquoi tendre vers un but qu'on désa- « prouve ? »

Les vertus morales du travail sont pour PARCHAPPE évidentes, il est « une condition essentielle du maintien de l'ordre et de la « conservation des bonnes mœurs », il représente « un moyen mora- « lisateur apte à assurer la paix de l'âme par l'éloignement de la « tristesse et de l'ennui ». Ce sont surtout « les aliénés indigents et « les incurables » qu'il est souhaitable et facile de faire travailler. Son intérêt justifie, à son avis, contrairement à l'opinion de CONOLLY, l'emploie de la contrainte pour les aliénés qui s'y refusent.

Dans la pratique, PARCHAPPE examine les bienfaits que le travail peut apporter aux aliénés :

Pour les aliénés curables, qui représentent une faible minorité de la population asilaire, c'est surtout « l'efficacité thérapeutique » que l'on doit avoir en vue. Les occupations agricoles, l'apprentissage d'un métier, ou des occupations simplement nouvelles, lui paraissent les plus indiquées. La contrainte doit ici être proscrite.

Pour les aliénés incurables, le travail représente surtout « un « moyen de bien-être », à la fois par son rôle « hygiénique » et par son influence « moralisatrice ». Pour ce groupe, les occupations doivent être salubres, agréables, productives ». PARCHAPPE conseille ici de donner aux malades le même métier que celui qu'ils exercaient avant leurs troubles parce qu'ils l'avaient choisi et qu'ils l'aimaient. Il dresse de plus la liste des occupations utiles à l'asile. Il condamne celles qu'il ne juge pas bénéfiques, comme la cordonnerie, dangereuse et malsaine, la boulangerie, beaucoup trop dure, et, sauf exception, le tissage.

Enfin, il nous paraît important de souligner que les bénéfices retirés par les malades de leur travail ne se limitent pas au bien-être moral. A l'asile de Saint-Yon, « un salaire de dix centimes par « journée de travail est accordé aux aliénés et dont il est fait emploi « à leur profit, de manière à ce que tout aliéné indigent travailleur « reçoive, au momené de sa sortie, une somme de quinze francs au « moins ». En 1846, « 1.132, 45 francs ont été remis à 80 malades « au moment de leur sortie, savoir 25 pensionnaires de quatrième « classe et 55 indigents. Cette somme représente pour les pension- « naires le montant net des pécules amassés, pour les indigents les « pécules amassés et complétés, au besoin, de manière à atteindre « pour chaque individu le minimum de 15 francs au moyen de la « somme nécessaire prise sur la masse commune ».

C. — ROLE DIRIGEANT DU MÉDECIN

Ce ne serait rendre compte que très imparfaitement de l'opinion de PARCHAPPE que de se limiter à l'exposé des principes qu'il a énoncés en matière d'organisation matérielle de l'asile.

Nous avons déjà souligné l'attention qu'il apportait aux qualités personnelles des individus, et la tendance qu'il avait à porter des jugements moraux, souvent sans appel, sur les personnalités auxquelles il avait affaire dans l'exercice de ses fonctions.

Il n'est donc pas étonnant qu'il se soit préoccupé de la valeur de ceux qui étaient appelés à des fonctions dirigeantes et tout spécialement de celles des médecins-chefs de service : « La valeur des « établissements d'aliénés dépend essentiellement de la valeur même « des fonctionnaires qui les dirigent, et cela est surtout vrai en ce « qui se rapporte au service médical. Il ne serait pas impossible de « citer tel établissement où au milieu de toutes les insuffisances « d'une constitution matérielle, incomplète et imparfaite, les résultats « les plus satisfaisants aient été obtenus par l'influence toute puis- « sante d'un médecin dévoué et habile ; et tel autre établissement où, « au milieu des conditions matérielles les plus favorables, les services « languissent et demeurent imparfaits par suite de l'incurie ou de « l'incapacité des fonctionnaires dirigeants. »

Il faut donc trouver un système qui permette de recruter des médecins qui soient à la hauteur de leur tâche. C'est une des raisons (l'autre étant économique) pour laquelle le chiffre de 200 malades par service lui paraît un minimum : « Il est d'importance première ... « que les situations offertes aux fonctionnaires dirigeants, et surtout « aux médecins, soient assez complètes et assez honorables pour « qu'elles soient désirées par des hommes éminents. Ce résultat ne « peut être obtenu dans les établissements trop peu considérables, « où manquent nécessairement et à la fois l'importance honorifique « et scientifique des positions et l'importance rémunératrice des trai- « tements. »

On remarque que, pas une fois, pour compenser d'éventuelles insuffisances du médecin-chef, PARCHAPPE n'évoque la contribution que pourraient lui apporter ses collaborateurs. C'est certainement un des caractères importants de l'asile que le pouvoir sans partage dont est investi son chef. C'est par « l'influence toute puissante » du médecin, nous a-t-il dit, que tel établissement défectueux a pu néanmoins donner de bons résultats.

L'asile d'aliénés apparaît comme une société patriarcale, entièrement assujettie au médecin chef de service dont les fonctions requiè-

rent d'ailleurs un engagement personnel, tant intellectuel que moral et affectif. C'est sous son autorité que doit régner l'ordre, la discipline, le calme, l'obéissance et les bonnes mœurs qui sont pour lui la marque d'un bon établissement.

On doit convenir que PARCHAPPE ne devait guère laisser libre cours à l'initiative et à la fantaisie. Il s'élève par exemple de façon assez révélatrice contre la publication par les malades de leurs propres œuvres, comme c'est le cas dans certains établissements anglais : « Il me paraît peu regrettable que les usages et les lois de la France « soient un obstacle à l'introduction de l'industrie typographique dans « nos établissements d'aliénés. Et j'avoue franchement que, si je « conçois dans des fous la fantaisie de créer un journal daté des « Petites-Maisons, j'ai peine à concevoir dans des médecins chargés « de les guérir la tolérance et l'encouragement d'une telle excentri- « cité. »

C'est au médecin de juger dans quelles limites il doit user de la sévérité et de la contrainte : « La vérité, c'est que les aliénés doivent « être gouvernés comme les enfants. Il est incontestable que des « aliénés, comme des enfants, on obtient plus et mieux par douceur « que par sévérité. Mais l'autorité qui commande au nom de la « raison n'est pas non plus sans une légitime et utile influence sur les « aliénés aussi bien que sur les enfants. »

L'autorité du médecin ne s'exerce pas seulement sur les malades. Il doit « acquérir sur le caractère et les aptitudes de chacun des mem- « bres du corps des employés et des serviteurs les connaissances « indispensables à une appréciation exacte des ressources qu'on peut « en tirer, et obtenir personnellement sur chacun d'eux et sur tous « l'ascendant nécessaire ».

Le nombre de malades admis dans l'établissement doit être tel qu'un seul médecin chef soit nécessaire pour éviter que « le pouvoir « soit partagé entre plusieurs médecins au grand détriment de l'ascen- « dant qui doit être conservé à ce pouvoir dans la direction des asiles « d'aliénés, et de l'unité de vue qui peut lui donner toute l'efficacité « d'influence favorable sur le bien-être et sur la guérison des « malades ».

C'est à cette occasion enfin que PARCHAPPE définit les rapports entre l'autorité médicale et l'autorité administrative. La règle qu'il formule ici est, à notre connaissance, passée inaperçue. Il considère que là où la présence d'un directeur administratif est nécessaire, en aucun cas, l'asile d'aliénés ne saurait cependant comporter plus d'un service médical sans entraîner inévitablement « l'affaiblissement « du pouvoir médical divisé en face du pouvoir administratif », ce qu'il condamne comme nuisible au but médical de l'œuvre.

CHAPITRE VI

L'ASSISTANCE ASILAIRE

Résumant, en 1850, l'histoire de soixante-dix années d'assistance psychiatrique, PARCHAPPE distingue schématiquement trois étapes :

— Ce sont surtout les efforts humanitaires qui caractérisent la première, qui s'étend de la Révolution à 1820 environ. « On se « préoccupe de la nécessité d'assainir les habitations, de donner de « l'air, de la lumière, de l'espace, de la liberté aux malades. Mais « aucunes règles précises ne sont encore posées, et les nouvelles « constructions n'offrent encore aucun caractère spécial qui diffère « très notablement ou des cellules anciennes des quartiers d'aliénés, « ou des salles ordinaires d'hôpitaux. »

— La seconde période, qui est dominée par les études d'ESQUIROL et de l'administrateur DESPORTES, correspond à l'élaboration scientifique d'un plan d'établissement approprié au traitement de la maladie mentale : c'est l'asile conçu, suivant l'expression d'ESQUIROL, comme un instrument de guérison. On y voit notamment apparaître le quartier de classement dont PARCHAPPE estime qu' « on peut à bon droit « le considérer comme l'élément générateur de tout système d'asile ». Chaque « département », réservé aux malades de même sexe, est constitué dans le plan d'ESQUIROL de 12 petits pavillons carrés, sans étage, entourés de cours séparées les unes des autres ; cette disposition permet « le classement des malades suivant le caractère prin- « cipal de leur aliénation mentale ». Les règles adoptées par DESPORTES répondent au même souci de classement. C'est suivant ces principes que sont notamment édifiées les nouvelles constructions de Bicêtre et de la Salpêtrière, et un peu plus tard l'asile Saint-Yon à Rouen. « Toutefois, note PARCHAPPE, les vues d'ESQUIROL, telles « qu'elles sont formulées dans le programme et le plan de 1818, ne « reçurent qu'un petit nombre d'applications et encore furent-elles « immédiatement modifiées. »

— A partir de 1838, débute enfin la période de l'organisation à l'échelle nationale de l'assistance asilaire. « La législation de 1838, « indique encore PARCHAPPE, dont l'avènement a été préparé et pro- « voqué par toutes ces études, par l'exemple de l'Angleterre, et par « les réclamations de MM. FERRUS et BRETON, impose à l'assis- « tance publique, dans chaque département de la France, la double « obligation de traiter les aliénés curables et de secourir les aliénés « incurables au moyen d'établissements spéciaux, et donne ainsi aux « programmes administratifs des asiles à fonder des bases plus larges « et mieux déterminées. C'est de cette troisième époque que date « réellement en France l'art de construire les asiles d'aliénés, qui a « pour point de départ, en théorie, les programmes et les plans d'Es- « QUIROL et de DESPORTES, rédigés en publiés de 1818 à 1824 ; en « fait, les constructions exécutées pendant la même période à Bicêtre « et à la Salpêtrière. »

De 1843 à 1852, sept asiles sont construits. Les dix années suivantes voient le mouvement s'accélérer et quatorze nouveaux établissements ouvrent leurs portes. La création d'hôpitaux ne rend d'ailleurs compte que très incomplètement de l'effort accompli : la plupart des établissements déjà existants, quand leurs défauts ne sont pas tels qu'il soit impossible d'en rien conserver, bénéficient de transformations importantes.

On peut, pour évaluer globalement le travail accompli, comparer le bilan déjà cité établi par ESQUIROL, en 1819, avec celui que l'on trouve dans les rapports généraux de LUNIER pour 1860 et pour 1876.

• Les malades mentaux sont répartis *en 1819*, d'après ESQUIROL, dans :

— 8 établissements spéciaux ;
— 33 hôpitaux et hospices ;
— 12 dépôts de mendicité ;
— 8 prisons (à titre officiel).

• *En 1860*, il existe 99 asiles d'aliénés, soit :

— 57 asiles publics (parmi lesquels 10 réservés aux hommes et 16 aux femmes) ;
— 42 établissements privés, dont un tiers environ faisant fonction d'asile public ;
— 26 départements restent dépourvus d'établissements pour malades mentaux.

- *En 1876*, 107 établissements sont autorisés à recevoir des aliénés :
  - 66 publics (comprenant l'établissement national de Charenton, 46 asiles publics et 17 quartiers d'hospice);
  - 18 asiles privés faisant fonction d'asiles publics ;
  - 25 maisons de santé.

Plus encore que leur nombre, c'est la qualité des établissements qui mesure les progrès accomplis. On se souvient que, de l'avis d'Esquirol, les huit établissements spéciaux qui étaient « les moins mauvais » étaient encore, à l'exception de Bicêtre et de la Salpêtrière, « pleins de défauts ». Quant aux hôpitaux, hospices et dépôts de mendicité, ils ne méritaient pas, dans la partie de leurs locaux qui était abandonnée aux fous, l'appellation d'établissements de soins.

Il n'en est plus de même d'après le rapport établi quelque soixante ans plus tard par Constans, Lunier et Dumesnil. A part quelques rares quartiers d'hospice qui d'ailleurs servent, disent-ils, de lieu de passage avant l'entrée dans l'asile, les autres établissements, qu'ils résultent de constructions nouvelles ou des profondes modifications apportées aux anciens hôpitaux, sont estimés « complètement appro- « priés à leur destination ».

A. — L'ENCOMBREMENT DES ASILES

L'organisation de l'assistance psychiatrique, telle que la concevaient ses promoteurs et à laquelle devait aboutir cette période de construction, s'est trouvée contrariée par un phénomène qui s'est développé parallèlement : c'est l'augmentation croissante à caractère véritablement inflationnel, du nombre des malades mentaux. « Chaque « jour, écrit Motet, les besoins grandissaient, il se produisait un « résultat presque inattendu : le nombre des aliénés traités s'accrois- « sait sans cesse. » Jusqu'en 1835 environ, il n'existe pas de recensement établi avec certitude des aliénés traités dans l'ensemble de la France.

A Paris, les chiffres suivants sont admis :

- en 1786 : 1.009 aliénés secourus (d'après Tenon);
- » 1801 : 1.070
- » 1805 : 1.225
- » 1810 : 1.590
- » 1818 : 2.000

Pour cette même année 1818, les chiffres indiqués pour l'ensemble de la France ne concordent pas : Esquirol recense 5.153 aliénés

répartis dans les asiles, hôpitaux, hospices et prisons ; Lainé, ministre de l'Intérieur, 6.031 ; Ferrus en compte 10.250 dans 111 établissements.

Ce n'est guère qu'à partir de 1835 que les auteurs s'accordent :

— en 1835 : 10.539 aliénés sont traités dans les asiles ;
— » 1840 : 13.283
— » 1850 : 21.844
— » 1861 : 30.239
— » 1866 : 35.972
— le 1er janvier 1875 : 42.077
— » 1878 : 45.026

On sait que ce nombre continuera à augmenter, à part un fléchissement marqué entre 1914 et 1919, pour dépasser 120.000 à la veille de la seconde guerre mondiale.

Les causes de ce phénomène, ses conséquences et les remèdes proposés ont fait l'objet depuis plus d'un siècle d'un si grand nombre de discussions et d'études qu'il serait tout à fait impossible de prétendre en faire ici un bilan d'ensemble même très résumé.

Dans les limites de ce travail, certains faits demandent cependant à être dégagés.

On a notamment retenu, parmi les causes d'augmentation de la population asilaire, la popularité croissante de l'asile en tant qu'instrument de soins, l'augmentation de la morbidité mentale, le mode particulier de recrutement et de placement des malades.

La confiance accrue des malades et de leurs famille dans l'asile d'aliénés s'est traduite par un recrutement plus complet des malades mentaux existants. Alors qu'au début du XIXe siècle, l'immense majorité de ceux-ci restaient en dehors des organismes d'assistance, la proportion tend rapidement à s'inverser, au moins en ce qui concerne les aliénés proprement dits. En 1866, par exemple, 63 % de ceux-ci sont en traitement dans les asiles (soit 31.992 sur 50.726) et 10 % des idiots (3.980 sur 39.953). Si ce phénomène dont la réalité n'est pas discutable avait représenté la principale cause de l'augmentation de la population asilaire, on aurait pu espérer, comme le pensaient beaucoup d'aliénistes jusqu'au milieu du XIXe siècle, tendre progressivement vers un état d'équilibre entre les besoins de l'assistance et les moyens offerts pour les satisfaire.

En fait, on a dû rapidement se convaincre que l'augmentation de la morbidité psychiatrique n'était pas seulement apparente, mais correspondait également à un phénomène objectif contemporain du développement et de l'évolution de la société.

Enfin, le mode particulier de recrutement des malades mentaux et le caractère impératif de leur placement en vertu de la loi de 1838 ont retenti, au point de vue quantitatif et qualitatif, sur la population des asiles d'aliénés. Le caractère imprécis des notions de troubles mentaux et de dangérosité a permis d'introduire dans les asiles, au fur et à mesure de leur développement, un nombre croissant de vieillards, d'impotents, d'alcooliques, d'inadaptés sociaux et de malades qui auraient dû normalement trouver place dans les hôpitaux ou les hospices insuffisants ou dans d'autres institutions spécialisées inexistantes.

B. — DOCTRINE DE PARCHAPPE ET RÉALITÉ ASILAIRE

Pour tenter de détourner en partie le flot des aliénés qui tend à submerger l'organisation asilaire, on fait des projets qui sont parfois réalisés localement : développement des secours à domicile, multiplication des placements familiaux, création de colonies, d'asiles villages, etc.

Il est frappant de noter que les conditions ne sont pas nées pour la recherche de solutions qui s'attaquent plus profondément aux racines du mal ; les sociétés de patronage d'anciens malades, du type de celle de la Salpêtrière, végètent localement et n'ont aucune tendance à la généralisation, de même il faudra attendre 1922 pour voir se créer le service libre de Sainte-Anne qui, jusqu'à ces toutes dernières années, malgré de vives discussions, restera à notre connaissance un exemple isolé.

A l'échelon du pouvoir central, il est indéniable que la volonté créatrice des années 1840-1870 s'est rapidement essoufflée, et l'étude faite par Sérieux, en 1903, marque une dégradation nette de la situation en comparaison des rapports généraux publiés par Lunier, trente ans plus tôt.

Un critère de cette désaffection réside dans le fait, comme le rappelle Daumezon, qu'en 1871 les dépenses départementales en faveur des aliénés cessent d'être obligatoires.

Une chose est sûre, en tous cas, c'est qu'il n'apparaissait généralement possible à personne — les discussions à la Société Médico-Psychologique en font notamment foi — de demander à l'administration de poursuivre sans fin un effort que l'on avait cru ne devoir durer que pendant une courte période d'investissements.

Plus importante, parce que retentissant directement sur la destination générale de l'assistance aux malades mentaux telle qu'elle semblait avoir été envisagée, est la tentative d'infléchir le recrutement. Nous nous devons à ce propos de citer PARCHAPPE. Il refuse de se laisser entraîner dans des discussions sur une augmentation hypothétique de la morbidité générale. Pour lui, l'accroissement de la population des asiles s'explique par une loi fondamentale qu'il a formulée pendant des années et dont il déplore qu'il n'ait pas été tenu compte : l'étude statistique lui montre en effet que, même quand les admissions n'augmentent pas d'une année sur l'autre, leur nombre à la fin de l'année reste supérieur de quelques centièmes au total des sorties, par guérison ou non, et des décès. Il s'ensuit d'une part que la population des asiles d'aliénés a une tendance objective à s'accroître d'autre part que le rapport entre aliénés curables et incurables tend à se modifier constamment en faveur de ces derniers, ce qui risque de compromettre à la longue la vocation de l'asile en tant qu'établissement de soin.

Bien qu'il se réfère toujours à ses travaux antérieurs, on ne peut s'empêcher de noter une certaine évolution dans les propos de PARCHAPPE, entre ce qu'il définissait en 1850 et que nous avons cité dans notre chapitre sur les principes généraux, et ce qu'il déclare peu de temps avant sa mort, au cours de la séance de la Société Médico-Psychologique du 28 novembre 1864 : « Pour maintenir la « population des asiles, et par suite le nombre des aliénés entretenus « à la charge des administrations publiques dans les limites raison- « nables, déterminées et constantes, il faut n'admettre les aliénés « comme dangereux dans les asiles que dans les cas de danger réel. « il faut y recevoir largement et avec empressement les aliénés cura- « bles. il faut en repousser, hors les cas de nécessité absolue, les « aliénés inoffensifs, et s'appliquer à rendre possible, pour les indi- « gents, leur maintien dans les conditions de la vie libre par le développement du secours à domicile. » Il est vrai que l'expérience acquise au cours de près de vingt ans d'inspectorat avait fait sentir à PARCHAPPE tout le danger que cet afflux de malades représentait pour les idées qu'il défendait en matière d'assistance psychiatrique. L'asile de Quatremares, cet établissement qu'il avait entièrement conçu et fait construire, qu'il citait constamment comme l'illustration concrète de sa doctrine, et dont il suivait l'évolution avec une sollicitude inquiète, n'échappait pas à la règle. Conçu pour 400 malades hommes, ouvert peu après 1850, il avait vu croître régulièrement sa population qui devait finalement doubler en moins de trente ans.

La seule façon de sauvegarder l'essentiel était donc de sacrifier en partie les incurables inoffensifs. Il est apparu à l'expérience que

les efforts de PARCHAPPE, en dépit des pouvoirs étendus dont disposaient alors les inspecteurs généraux, sont en la matière restés vains ou de peu d'effet. Les conditions de l'assistance aux malades mentaux telles qu'elles étaient déterminées par la loi de 1838 d'une part, l'insuffisance des secours aux autres catégories d'indigents d'autre part, ne se prêtaient pas à ce retour en arrière ; les vœux de PARCHAPPE se sont avérés inapplicables dans la pratique, aussi bien par les administrations locales que par les médecins. Il faut mentionner que les difficultés rencontrées par de nombreux aliénés pour se faire hospitaliser, difficultés qui n'ont d'ailleurs pas eu d'effet sensible sur l'encombrement asilaire, n'ont jamais rien eu de commun avec la sélection que préconisait PARCHAPPE.

Il était dès lors inéluctable que les règles précises qui avaient été énoncées soient ici ou là transgressés, et que la réalité asilaire tende à ne donner qu'une image défigurée de l'asile d'aliénés que PARCHAPPE avait si rigoureusement défini.

Nous avons vu qu'il avait voulu créer en quelque sorte une petite société patriarcale, dirigée sans partage, moralement et scientifiquement par le médecin chef de service.

L'entassement des malades dans les quartiers n'a pas seulement retenti sur l'hygiène et le confort. La surveillance s'en est également ressentie. L'indispensable prise en considération des problèmes particuliers de chaque malade s'est avérée malaisée. La discipline a pris une dimension carcérale.

Cette dégradation s'est trouvée à la fois confirmée et aggravée par l'abandon de certains principes essentiels. Des pavillons plus vastes ont été construits, telles ces unités à « haut rendement économique » dont BOLLOTTE [1] pouvait encore, en 1952, dénoncer les effets. L'expatriation des malades en province qu'on avait subie et contre laquelle on avait lutté, notamment un peu avant 1870, par la construction des asiles de la Seine a été réclamée par certains [2]. Dès 1870, on renonce aux petits asiles de moins de 400 malades, auxquels on substitue la formule plus radicale des grands établissements de

(1) Dans son rapport de fin d'année sur l'Hôpital Psychiatrique de Quatremares, à propos du pavillon Delasiauve, « énorme unité du type dit à haut rendement « économique », BOLLOTTE écrit : « C'est dans ce pavillon que sont entassés 120 « malades, vieillards, déments, tuberculeux, épileptiques, médico-légaux, etc. Comme « il est impossible de séparer les éléments perturbateurs, ce pavillon est devenu « peu à peu un vaste quartier d'agités. »

(2) C'est ainsi que Henri COLLIN (*Ann. Méd.-Psychol.*, 1924) se plaint de ce que « les évacuations dans les asiles de province deviennent de plus en plus diffi- « ciles ». (Il y a alors à Ville-Evrard, 1.184 malades pour 831 lits ; à Maison-Blanche, 1.668 pour 1.552 lits ; à Vaucluse, 1.177 pour 868 ; à Villejuif, 1.592 pour 1.271.)

1.000, 2.000 lits et plus [1]. Les résultats de cette formule confirment les réserves de PARCHAPPE. Considérablement alourdie, la direction administrative et économique de l'établissement obéissant à ses propres obligations, devient de plus en plus étrangère aux problèmes médicaux ressentis au niveau des services. Par la force des choses, elle acquiert cependant une fonction d'arbitrage vis-à-vis de ceux-ci. Parallèlement d'ailleurs, la situation morale et matérielle du médecin se dégrade.

Dans ces conditions, la signification du travail des aliénés change. Dans les pires cas et dans un passé récent, comme le soulignait DAUMEZON [2], en 1946, « on voit se créer des asiles, propriétés d'or-« ganismes financiers à but lucratif, et l'administration a consenti à « leur confier des malades afin de leur procurer des bénéfices ». Même en dehors de ces exemples, heureusement rares (l'auteur en mentionne trois), le travail des aliénés, devenu très généralement une des assises de l'économie asilaire, doit obéir à ses propres lois, indépendamment des considérations médicales.

Par le jeu de ces réalités matérielles, le fossé s'est progressivement creusé entre l'asile et le monde extérieur. L'asile d'aliénés est devenu une petite communauté artificielle, équilibrée, se suffisant à elle-même.

Créé pour apporter une solution — si possible par la guérison — à une certaine forme de désadaptation à la vie sociale, tout se passe comme si, dans de nombreux cas, il avait contribué à consacrer, à entretenir et à prolonger cette désadaptation. Si l'asile était une institution nécessaire aux malades, ceux-ci sont à leur tour devenus indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. Les importantes réformes, actuellement en cours, n'ont d'ailleurs pas permis jusqu'à présent de faire disparaître entièrement cet état de chose : à l'occasion des récents mouvements revendicatifs du personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques de la Seine, l'impossibilité où se sont trouvés les malades travailleurs de sortir de leurs quartiers s'est traduite par une véritable paralysie des services d'entretien de l'établissement (buanderie, lingerie, cuisine, voirie, ordures, etc.). Comme il fallait s'y attendre, les contradictions existant entre les impératifs médicaux et l'organisation économique de l'ancien asile devenu hôpital ont d'ailleurs été exacerbées par les progrès thérapeutiques de ces der-

(1) C'est notamment le point de vue défendu par CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL dans leur rapport général de 1876.

(2) DAUMEZON, « Généralités sur l'état actuel de l'assistance psychiatrique. Le malade mental dans la société », Documents de l'*Information psychiatrique*, novembre 1946.

nières années. Rares sont les rapports annuels des économes d'hôpitaux psychiatriques qui ne soulignent pas la désorganisation des services qu'entraîne la sortie, maintenant possible, des malades travailleurs.

Inversement, il n'est guère de service qui ne compte parmi ses vétérans quelques-uns de ces vieux anciens malades dont seule l'étude du dossier médical permet aujourd'hui de connaître les troubles qui avaient justifié leur internement, parfois dès l'enfance ou l'adolescence. Vieux travailleurs ayant perdu toute relation extérieure, ils finissent leurs jours, plus heureux et sans doute plus libres qu'à l'hospice, dans un établissement qui est devenu leur milieu naturel et pour lequel ils ont même acquis une sorte d'attachement. On les laisse somme toute bénéficier du privilège bien gagné que l'hôpital accordait autrefois à ses vieux serviteurs.

On sait que la détérioration de l'instrument de soin qu'était l'asile d'aliénés a finalement abouti à une véritable crise de l'assistance psychiatrique.

Les années qui ont suivi la Libération ont vu cette crise atteindre son acuité et aussi sa fécondité les plus grandes. Les publications de cette époque, et notamment le travail collectif que constituent les *Documents de l'Information Psychiatrique* parus en 1946, rendent compte de ce tournant historique.

L'étude d'une nouvelle architecture, la définition des caractères du travail thérapeutique répondent notamment aux questions qui se sont posées au cours de notre travail. C'est, d'une façon plus générale, de cet effort de révolution de l'assistance que sont sorties les thèses actuelles d' « éclatement » de l'asile et d'organisation des « secteurs » qui sont à la base des principaux progrès en cours de réalisation.

CHAPITRE VII

CHARITE PUBLIQUE ET DROIT A LA SANTE

Le fait que des établissements de soins aient pu à l'usage dévier, comme nous venons de le voir, de ce qui paraissait être leur destination originelle, nous conduit à examiner quelle place exacte ils occupaient en réalité dans notre société.

A. — L'HOSPICE CHARITABLE DE L'ANCIEN RÉGIME

L'analyse en est aisée pour l'Ancien Régime.

L'organisation des secours publics aux pauvres malades y a les caractères d'une œuvre de charité.

Récemment, FOUCAULT, dans son *Histoire de la folie*, a montré combien l'intention charitable était inséparable de l'idée de châtiment, de même qu'il a fait apparaître les liens unissant assistance et répression. L'assistance aux pauvres malades apparaît au XVIII[e] siècle comme un compromis entre l'aspiration bienfaisante et les impératifs d'ordre social. Le but thérapeutique n'y apparaît jamais, à l'analyse, comme le *primum movens* de l'œuvre, mais bien comme la justification secondaire d'une mesure d'ordre publique. La notion de charité est étroitement liée à celle de maintien de l'ordre. « Un fait « est clair, écrit FOUCAULT, l'Hôpital-Général n'est pas un établis- « sement médical ... il est une instance de l'ordre, de l'ordre monar- « chique et bourgeois qui s'organise en France à cette époque. »

Les extraits du décret de fondation (1656) de l'Hôpital-Général, comme le rappelle d'ailleurs cet auteur, expriment clairement qu'il a été officiellement créé pour purger Paris de sa pègre.

C'est secondairement qu'apparaît comme moyen d'y parvenir la nécessité de secourir les pauvres malades. On ne cherche pas au départ à donner aux pauvres la possibilité de se soigner : on les oblige

à choisir entre quitter Paris ou accepter d'entrer à l'Hôpital-Général où ils recevront des soins.

Les fonctions du directeur de l'Hôpital-Général, nommé à vie, sont loin de se limiter à l'administration de cet établissement : il a « tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, commerce, « police, juridiction, correction et châtiment de tous les pauvres de « Paris ». Il nomme un médecin. On comprend, dans ces conditions, que les aspects médicaux de l'œuvre apparaissent parfois sacrifiés. On s'explique que TENON se soit heurté à une certaine mauvaise volonté dans son enquête sur l'exercice de la médecine dans les établissements hospitaliers, qu'on se soit, par exemple, refusé à lui communiquer le nombre des décès à la maternité de l'Hôtel-Dieu, et qu'il lui ait été impossible de citer les hôpitaux où il a observé certains faits parce que « les habiles gens à qui il était redevable de ces « observations ne le lui avaient pas permis ».

Dans cette optique également, on peut comprendre la relative confusion de fait existant entre mendiants, malades et délinquants ; l'existence d'une prison dans l'enceinte de l'Hôpital-Général ; la présence fréquente de malades indigents dans les prisons.

On n'est plus surpris enfin que, pour cette administration, fou soit synonyme de furieux.

Nous ne pensons pas, cependant, que l'ensemble de ces constatations suffise pour affirmer, comme le fait FOUCAULT, que « l'Hôpital- « Général n'est pas un établissement médical ». Le traitement médical, loin d'être incompatible avec l'assistance aux indigents, reste au moins théoriquement un de ses buts. Satisfaisants, médiocres, voire franchement insuffisants, des soins sont réservés aux malades dans chacune des dépendances de l'Hôpital-Général.

L'Hôpital de la Pitié, réservé aux garçons de dix à dix-huit ans, traite « la teigne, la gale et les humeurs froides ».

Les Hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière reçoivent, le premier 450 femmes malades, le second 788 hommes malades.

L'Hôpital des Enfants-Trouvés de la Conche traite ceux des enfants qui sont malades, à l'exception des syphilitiques.

L'Hospice de Vaugirard est, lui, réservé au traitement de la syphilis.

Certains établissements sont entièrement réservés à la maladie, comme l'Hôtel-Dieu de Paris, sans qu'on puisse dire d'ailleurs que leur signification soit différente, ni la qualité des soins nécessairement meilleure. Il est juste de noter que les hôpitaux dont la construction ou la réfection est récente, comme l'Hôtel-Dieu de Lyon (1750), sont cités par TENON comme des modèles.

Un autre aspect de cette forme d'assistance est qu'elle n'est pas dirigée vers la libération et l'émancipation du malade, mais qu'elle place au contraire celui-ci dans une situation de mineur.

Ce qui est bien pour lui, c'est ce qui est jugé tel par l'administration.

Un certain nombre de « filles grosses », secourues et accouchées par la maternité de l'Hôtel-Dieu, sont ensuite conservées, parfois toute leur vie, comme filles de salle. Elles ne touchent pas de salaire. Leur repos se limite à la grand-messe hebdomadaire et à une promenade surveillée de deux heures le dimanche après-midi. Le but charitable de l'œuvre est d'ailleurs entièrement rempli : elles sont à la fois à l'abri de la récidive et du besoin.

Un autre exemple, également rapporté par TENON, où la destinée des assistés est modifiée par les besoins de l'assistance, est celui des enfants trouvés qui sont retenus par l'hospice à titre publicitaire pour obtenir des donations : « A leur retour de nourrice, on en choisit un « certain nombre dont on prend le plus grand soin et qu'on élève « dans cette maison pendant quelques années : ce sont les enfants « qui sont exposés dans l'église Notre-Dame aux yeux du public « pour en captiver les bienfaits. »

L'assisté est en fait un mineur. L'assistance, tutrice charitable, est par essence paternaliste. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement puisque l'assisté est précisément incapable de subvenir à ses besoins (ou jugé tel) et qu'il est à la charge des hôpitaux.

Les hôpitaux dépendent de la bienfaisance royale ou publique.

L'organisation de la charité a d'abord été une des prérogatives de l'Eglise. Le pouvoir de l'Etat, en se renforçant, a supplanté celle-ci : « Les premiers hôpitaux parmi nous, rappelle TENON, furent « la maison de l'évêque. Les ressources de l'évêque ne suffisant « plus, on leur en assura aux dépens de l'Eglise et des chanoines. « Ceux-ci devaient donner la dixme de leurs revenus et des obla- « tions. Il fut réglé que l'un d'eux gouvernerait l'hôpital et arrêté « que cet asyle de la misère serait tellement situé que les chanoines « pussent y aller aisément. Ce règlement, de Charlemagne, remonte « à l'an 816. Maintenant ces dispositions sont changées, les hôpi- « taux sont dotés par les souverains, par des personnes charitables « et même, quand il le faut, ils obtiennent des secours particuliers « du gouvernement : en un mot, ils ne subsistent plus aux dépens de « l'Eglise. »

Il nous paraît enfin important de souligner, en liaison avec ces faits, l'humiliation que représente pour l'assisté le recours à l'hôpital. L'hospitalisé de Bicêtre ou de l'Hôtel-Dieu n'est pas seulement un

malade posant un problème technique de traitement médical : c'est un misérable, livré à la charité publique, dont il convient d'avoir pitié, et dont il ne nous semble pas exagéré de dire qu'il renonce en même temps à sa dignité d'homme.

Certains faits que nous avons déjà cités parlent d'eux-mêmes, comme, par exemple, la différence que fait TENON entre les hôpitaux pour indigents et l'Hôtel-Royal des Invalides dont les pensionnaires ont, eux, mérité personnellement leur droit aux soins ; comme ces malades de « fortune modeste » qui paient leur écot « pour n'être « pas tout à fait à la charge de l'assistance » ou encore ces étrangers, qui cotisent d'avance, pour que les soins dont ils pourraient avoir besoin « ne soient pas humiliants à recevoir ».

B. — ASPECTS CHARITABLES DE L'ASILE D'ALIÉNÉS

Aussi importants que soient les progrès réalisés au XIX^e^ siècle, l'organisation asilaire, quand on l'étudie suivant les mêmes critères, n'apparaît pas comme d'une essence différente de celle de l'assistance aux indigents de l'Ancien Régime.

Certes, nous l'avons noté, c'est en tant que malades que les aliénés sont assistés.

Mais le premier but de la loi de 1838 paraît bien être de protéger la société contre le malade mental, et plus précisément contre le malade mental indigent.

La même tendance à aliéner le malade, en l'attachant à l'œuvre, existe. On la trouve dans les principes théoriques énoncés par PARCHAPPE, quand il insiste sur les avantages médicaux et économiques que représente pour l'asile la présence d'une certaine masse d'aliénés chroniques, disciplinés et productifs. La démonstration en est encore faite actuellement, comme nous l'avons montré, par les problèmes économiques posés par la sortie d'un certain nombre de ces malades qui étaient devenus nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.

La loi de 1838 fait du malade mental un mineur. Nous avons vu que PARCHAPPE conseillait de se comporter avec lui comme avec un enfant, de lui imposer une discipline, et de lui inculquer au besoin de façon autoritaire de bonnes habitudes. Mais ce n'est pas tellement l'influence de la loi de 1838 qui nous paraît déterminante dans cet ordre d'idées. C'est, là encore, parce qu'il est incapable socialement et qu'il est donc à la charge d'une société charitable que l'aliéné est réduit au rang de mineur.

La différence qui existe entre la façon d'envisager les problèmes pour les aliénés du régime commun et pour les pensionnaires des classes riches est à cet égard caractéristique : quand bien même il serait interdit, le malade mental qui paie une pension luxueuse, qui a pu amener avec lui un ou plusieurs domestiques qu'il continue à commander, conserve dans la société une position respectée.

La discussion qui oppose partisans et adversaires de l'admission de pensionnaires dans les asiles publics se réduit d'ailleurs — les bénéfices économiques étant admis par tous — au problème de l'influence que cela peut avoir sur la discipline indispensable à l'asile des pauvres : « Il est incontestable, écrit GIRARD [1], que la classe « inférieure est assez facile à dominer, à diriger, à discipliner, et que « l'imitation peut entraîner comme un torrent les aliénés de la classe « supérieure dans les habitudes calmes, laborieuses et réglées qui « distinguent les premiers dans un asile bien tenu ; mais il est aussi « incontestable que la classe riche se montre ordinairement réfrac- « taire à ces exigences, qu'elle présente une répugnance de commu- « nauté de vie avec des aliénés qu'elle considère plutôt comme des « domestiques que comme des commensaux ; et il en coûte au méde- « cin de les lui imposer, parce qu'il comprend qu'en froissant les « susceptibilités, il augmente l'irritation au lieu de la calmer. Ce con- « tact, dès lors, tout en impressionnant favorablement l'esprit des « aliénés riches, devient de l'autre funeste à la classe inférieure, qui « ne voit pas accorder aux riches, sans jalousie et sans excitation, « des faveurs qui ne lui semblent nullement méritées : la contagion « du mauvais exemple la gagne, et le désordre, les disputes, la vio- « lence tendent à s'introduire dans l'asile et nuisent essentiellement « au succès du traitement. »

La prise en charge des frais représentés par l'assistance asilaire, bien qu'elle n'incombe plus à la générosité royale, garde, dans l'ensemble, le même caractère charitable. PARCHAPPE, pour convaincre les administration locales du fait que la loi de 1838 ne vise pas seulement à mettre hors d'état de nuire des aliénés dangereux, se heurte à des difficultés pour des raisons économiques. La recherche de systèmes où l'asile se suffirait économiquement à lui-même est constante.

On peut penser cependant que le fait que les départements soient directement engagés dans les dépenses aurait dû constituer un facteur plus favorable. Les administrations locales, sans doute, étaient mieux à même de ressentir la pression des besoins réels.

---

(1) GIRARD, « De la construction et de la direction des asiles d'aliénés », Paris, 1848.

C. — A PROPOS DE L' « HISTOIRE DE LA FOLIE » [1]

Si l'assistance aux malades indigents de l'Ancien Régime et l'assistance aux aliénés pauvres du XIXe siècle ont ainsi de nombreux caractères communs, il ne nous paraît cependant pas exact de les assimiler, dans une même signification, comme cela ressort de la lecture de *Histoire de la folie*.

Notre travail, consacré à une étude critique de PARCHAPPE, n'a, dans son objet, que des rapports limités avec les thèses de FOUCAULT qui embrassent l'évolution historique des réactions « politiques, socia- « les, religieuses, économiques, morales » de la société dans laquelle nous vivons à l'égard du problème de la « déraison ».

Il ne nous paraît cependant pas possible d'ignorer cet ouvrage, au grand retentissement ; beaucoup de matériaux qui ont servi de base à l'étude de FOUCAULT sont ceux mêmes que nous avons retrouvés ici, mais certaines de ses conclusions s'écartent sensiblement des nôtres pour aboutir à remettre en cause la signification profonde de l'œuvre d'hommes tels que PARCHAPPE.

Le fait primordial qui se dégage de ce livre, c'est l'oppression de la folie, c'est l'internement du fou. C'est, pour l'auteur, un processus qui se dessine à la Renaissance, s'organise pendant l'Ancien Régime, se codifie et s'institutionnalise au XIXe siècle. Il apparaît du même ordre que le grand renfermement des lépreux au Moyen-Age (renfermement dont on nous assure qu'il n'était pas en réalité motivé par le risque de contagion).

« La nef des fous, étrange bateau ivre qui file le long des calmes « fleuves de la Rhénanie et des canaux flamands », en faisant « son « apparition dans le paysage imaginaire de la Renaissance » est, pour FOUCAULT, l'annonce de l'arrivée prochaine dans les léproseries désaffectées d'une population nouvelle.

Une « sensibilité sociale » va « se former sourdement » et rendre compte en « atteignant brusquement son seuil de développement au « milieu du XVIIe siècle » de la fondation de l'Hôpital-Général où seront « ... internés bons et mauvais pauvres ».

La création des asiles d'aliénés, enfin, va apparaître comme une focalisation de cette oppression sur « la folie, perçue, à partir de « l'âge classique, à travers une condamnation éthique de l'oisiveté ».

---

(1) M. FOUCAULT, « Histoire de la folie », Plon, 1961.

Telle est, très schématiquement résumée, la trajectoire de « l'exclusion sociale » du fou qui se dégage à la lecture de cet ouvrage.

Le caractère répressif de l'assistance aux malades indigents du XVIII^e siècle, puis aux malades mentaux indigents du XIX^e siècle avec ses correspondances dans les domaines religieux et moral, y est remarquablement mis en lumière. Mais il est intégré dans une signification plus vaste.

La « raison » et la « déraison » sont ici opposées dans l'abstrait comme deux valeurs également formelles, ce qui conduit à des conclusions qui, transposées dans la réalité, font figure de sophisme. Le monde, vu sous cet éclairage, apparaît divisé par une ligne de partage entre les hommes raisonnables et les fous qu'ils ont réduits au silence.

La place des aliénistes se trouve donc parmi les artisans de l'oppression. « En constituant la folie, maladie mentale, à la fin du XVIII^e « siècle, écrit FOUCAULT, ils dressent le constat d'un dialogue rompu. » C'est « pour se donner bonne conscience » qu'ils découvrent « la « psychose hallucinatoire ». Et quand bien même ils s'efforceraient au libéralisme, le résultat serait le même. « Il faut, dit-il encore, réévaluer les significations qu'on prête à l'œuvre de TUKE : libération « des aliénés, abolition des contraintes, constitution d'un milieu « humain. Ce ne sont là que justifications. Les opérations réelles ont « été différentes. En fait, TUKE a constitué un asile, il a substitué « à la terreur libre de la folie l'angoisse close de la responsabilité, « la peur ne règne plus de l'autre côté des portes de la prison, elle « va sévir maintenant sous les scellés de la conscience. »

L'auteur se défend d'avoir voulu faire autre chose que « l'archéologie « de ce silence ». Mais, quand il transpose ce drame individuel sur le plan général, quand l'incommunicabilité du vécu délirant apparaît comme la résultante d'un processus d'exclusion concerté par l'ensemble de la société, il sort, nous semble-t-il, des limites qu'il s'était tracées, il rejoint aux yeux du lecteur le vieux courant de pensée qui assigne au psychiatre le rôle d'aliéneur et il contribue à entretenir la même confusion.

« ... Le fou à notre époque est aliéné par la psychiatrie » commente, sur la page de couverture, l'éditeur de l'édition abrégée de *Histoire de la folie* [1].

« ... Comment a-t-on pu dire, avec une légèreté dont nous avons « bien le droit de nous plaindre, que nos asiles étaient une fabrique

(1) M. FOUCAULT, « Histoire de la folie à l'âge classique », Union Générale de l'Edition, Paris, 1964.

« d'incurables ? », demandait, il y a cent ans, DAGONET [1] en réponse à un long article du journaliste Louis JOURDAN dans *Le Siècle* du 12 décembre 1864.

Cette mise en cause des psychiatres dans la critique de l'assistance aux aliénés indigents se justifierait si l'on avait en vue leur position personnelle par rapport à la politique générale de l'assistance, position évidemment variable de l'un à l'autre. Mais ce n'est pas cela qui est habituellement en cause : cette argumentation s'appuie en fait sur leur situation particulière de témoins privilégiés ; elle découle du fait que, dans le cadre des institutions réellement existantes, il leur est assigné un rôle d'arbitre (dont on ne saurait se plaindre) dans la justification de l'hospitalisation, qu'ils ne peuvent enfin pas ne pas retenir, parmi leurs éléments d'appréciation, une évaluation de la tolérance réelle de l'entourage et de la société pour la maladie mentale, tolérance qui retentit d'ailleurs à son tour sur l'évolution propre de la maladie.

Il nous paraît erroné d'assimiler, d'après de telles constatations, les responsabilités assumées par l'aliéniste à une complicité dans la répression.

L'opinion diamétralement opposée qui tend à reprocher au psychiatre de remettre « les fous en liberté », découle d'ailleurs de la même erreur d'analyse.

D. — POSITION DE PARCHAPPE DANS LA POLITIQUE D'ASSISTANCE

L'organisation de l'assistance aux malades mentaux du XIX[e] et du XX[e] siècle, nous l'avons vu dans l'histoire de l'évolution de l'asile et dans l'analyse précédente, contient en germe, comme d'ailleurs l'assistance aux autres malades, tous les défauts qu'implique son caractère charitable. C'est tellement vrai que ce qu'on reproche le plus habituellement à l'asile d'aliénés n'est pas particulier au problème de la folie, mais peut être reproché à toutes les institutions pour indigents — hôpitaux, hospices, établissements d'enfants trouvés, etc. — alors que les pensionnats et cliniques privées pour malades mentaux aisés ne sont qu'exceptionnellement visés par ces critiques.

(1) DAGONET, « Etablissements d'aliénés », in *Ann. Méd.-Psychol.*, 1865, 1, pp. 216-239.

A cet égard, il faut noter que ce n'est pas l'asile d'aliénés qui est au XIXe siècle l'héritier de l'Hôpital-Général de l'Ancien Régime — comme on pourrait en avoir l'impression à la lecture de FOUCAULT — mais bien l'ensemble : asiles d'aliénés, hôpitaux, hospices.

L'idée d'asile d'aliénés, puis sa réalisation au XIXe siècle, ne répond pas uniquement à des impératifs d'ordre social. Elle consacre avant tout l'effort soutenu d'hommes comme PINEL, ESQUIROL, PARCHAPPE et d'autres, qui ont tout fait pour obtenir la création d'établissements appropriés aux besoins médicaux des malades mentaux indigents qui peuplaient les hôpitaux, les prisons et les dépôts de mendicité. Il est difficile d'admettre que l'internement dans l'asile n'ait pas créé pour eux une situation moins aliénante que leur renfermement dans ces établissements.

La façon dont PARCHAPPE définit ses objectifs est à cet égard tout à fait claire. Il est, nous l'avons vu, trop réaliste et d'autre part trop inséré dans son siècle pour ignorer la réalité, bien antérieure à lui, du renfermement des fous. Ce qui lui importe, et c'est là tout le sens de son œuvre d'administrateur, c'est de formuler les règles imprescriptibles grâce auxquelles l'asile remplira ses fonctions médicales. « L'examen médical, dit-il, des conditions à réaliser dans la « constitution matérielle des asiles d'aliénés a pour objet de com- « pléter, ou pour mieux dire, de féconder le programme adminis- « tratif par sa transformation en programme médical. » Ceci dit, il apparaît de façon indéniable que cette nécessité de concilier les besoins médicaux avec les impératifs administratifs de l'époque a infléchi et, dans une certaine mesure, perverti l'organisation des soins aux malades mentaux.

A cause de cette structure fondamentale de l'assistance aux indigents, l'asile de PARCHAPPE reste une institution hybride, l'image qu'il en donne reflète à beaucoup d'égards la pensée charitable de son siècle et, surtout, les règles impératives qu'il a formulées ne seront, ne pourront être appliquées dans leur ensemble que de façon brève et exceptionnelle. La façon dont PARCHAPPE décrit le traitement moral, l'importance qu'il attache à la hiérarchie, à la discipline, à l'ordre et à l'obéissance, au travail, voire aux punitions, est certainement en rapport avec cette morale de la société du XIXe siècle que FOUCAULT a analysée.

Cet état d'esprit s'est dans certains cas aggravé et perpétué jusqu'à donner à l'asile d'aliénés une atmosphère disciplinaire et carcérale qui a été souvent à juste titre dénoncée. Il ne semble pas que cet état de fait, d'ailleurs inconstant, ait joué un rôle déterminant dans l'évolution de l'asile d'aliénés. Il n'était qu'un reflet de la situation d'ensemble.

Ce qui nous a paru frappant dans les principes de PARCHAPPE, c'est qu'on n'y trouve rien qui, à l'analyse, paraisse devoir déterminer la future crise de l'assistance psychiatrique. Certaines notions manquent : par exemple, l'absence d'institution de réinsertion en dehors de l'asile ; d'autres ont vieilli ou apparaissent périmées : par exemple, la nécessaire ségrégation des malades en quartiers que les thérapeutiques modernes ont rendue caduque.

Mais on ne voit pas ce qui, dans le concept de l'asile de PARCHAPPE, au sens strict où il a été défini, aurait constitué un frein à une éventuelle évolution ultérieure. Les petits établissements de moins de 400 malades qu'il avait conçus, avec leur emplacement géographique satisfaisant, leur direction médicale presque toute puissante, leurs possibilités de soins accordés largement, étaient des institutions assez souples pour leur permettre de s'adapter à des besoins nouveaux et auraient même pu se prêter à l'organisation des « secteurs » tels qu'ils sont actuellement envisagés.

Ce qui s'impose à l'esprit quand on étudie l'œuvre de PARCHAPPE, c'est que l'institution qu'il a conçue n'a jamais été dans les faits qu'un objectif idéal, continuellement remis en question. C'est toujours un sujet de surprise que de découvrir, en feuilletant les vieilles publications psychiatriques, à quel point les problèmes fondamentaux ont peu changé. MAUREY montre très justement dans son étude l'actualité des principales thèses de PARCHAPPE.

On peut dire que, depuis plus d'un siècle, l'hygiène et un confort minimum, les conditions de traitement, le choix de l'emplacement de l'hôpital, le but et l'utilisation du travail, etc., sont restés au centre des discussions sur l'assistance psychiatrique. Mieux, des lois ont été votées et des circulaires ministérielles obtenues, qui venaient à l'appui des revendications des aliénistes. En dépit de ces efforts conjugués, les défauts de l'Hôpital-Général que nous avons analysés avaient tendance à réapparaître comme les stigmates d'une même tare.

D'énormes unités asilaires ont été construites, là où c'était le plus avantageux, dans lesquelles les problèmes administratifs prenaient forcément une importance très grande par rapport aux nécessités du traitement ; des malades ont continué à être exilés dans des asiles de province là où la densité de la population était trop forte, l'encombrement des locaux a atteint dans certains cas non exceptionnels des taux de 200 % ; le but thérapeutique du travail s'est estompé au profit de son caractère productif, etc.

Il faut bien convenir que ces faits traduisent une discordance entre les objectifs de deux catégories de population, non pas les représentants de la raison et ceux de la déraison, mais ceux qui, en défini-

tive, représentant les administrations locales, géraient cette assistance charitable et ceux qui avaient recours à elle. Les premiers ont été bien analysés par FOUCAULT, ils sont en premier lieu responsables d'un certain ordre social ; les seconds ont besoin d'être soignés, ils ont été traditionnellement soutenus par la majorité des aliénistes.

E. — NOTION DE DROIT A LA SANTE

Bien qu'ils persistent souvent à titre de séquelles dans les institutions actuelles, un certain nombre des faits que nous avons examinés choquent par leur anachronisme. L'asile d'aliénés, condamné, a été remplacé par l'hôpital psychiatrique. De grands progrès ont été réalisés, notamment depuis la dernière guerre, dans les conceptions, dans les objectifs et, en partie, dans les réalisations de l'assistance psychiatrique.

Beaucoup de facteurs ont probablement contribué à cette évolution. La façon notamment pour le clinicien d'appréhender la maladie mentale a évolué. Les considérables progrès thérapeutiques ont non seulement augmenté le nombre et la rapidité des guérisons et transformé la vie à l'intérieur de l'hôpital, mais encore ils ont permis d'entreprendre dans certains cas des traitements ambulatoires et d'éviter ainsi parfois le recours à une hospitalisation qui, pour TENON comme pour PARCHAPPE, était la première mesure indispensable.

Nous pensons cependant que le facteur le plus important des progrès en cours de réalisation dans l'hôpital psychiatrique consiste en la substitution à la notion de charité de celle du droit à la santé et, en pratique, à la création de la Sécurité Sociale. La comparaison des hôpitaux psychiatriques français actuels avec les asiles d'aliénés indigents, tels qu'ils existent encore dans des pays où il n'y a pas d'équivalent de la Sécurité Sociale, semble témoigner en faveur de cette interprétation.

Les bénéficiaires d'une assurance sociale, qui représentent la majeure partie des hospitalisés, ne sont plus des indigents : ils ont gagné leur droit aux soins. De nombreux établissements privés leur sont ouverts, soit immédiatement, soit avec un appoint financier modéré, ce qui contribue à rapprocher ces deux formes d'assistance, publique et privée, et l'on peut dire, ce qui n'a pas toujours été vrai, que dans de nombreux cas l'hôpital psychiatrique n'a pas à souffrir de la comparaison avec des cliniques réputées.

Le problème de la prise en charge de l'hospitalisation qui constituait dans certains départements un véritable frein au traitement, a pratiquement disparu.

Par sa conception, la Sécurité Sociale devait en outre conduire au développement de la prophylaxie et tendre à la réinsertion sociale du malade, guéri ou amélioré.

Parallèlement, les hospitalisations par internement, reflet de la protection sociale, diminuent relativement aux placements en service libre.

Dans ces conditions nouvelles, de nombreux problèmes se posent. L'encombrement hospitalier reste un des principaux. Il est certain que les facilités nouvelles d'hospitalisation favorisent le recours à l'hôpital d'un grand nombre d'inadaptés sociaux. Les efforts de réinsertion sociale vers laquelle tendent souvent médecin, malade et Sécurité Sociale, sont en outre contrariés par la structure compétitive de l'économie. L'embauche de l'ancien malade, surtout s'il paraît peu capable d'un rendement ou d'une assiduité parfaits, est souvent impossible à obtenir, ce qui contribue souvent à prolonger son séjour à l'hôpital et à alourdir les charges de la collectivité. La loi sur l'emploi des handicapés physiques et mentaux ne semble pas, vue de l'hôpital psychiatrique, avoir sensiblement modifié le problème.

Ces difficultés ne doivent pas être l'occasion d'oublier l'enseignement tiré de l'expérience asilaire, et moins encore de remettre en cause certaines options indiscutables de PARCHAPPE. En particulier, la nécessité de suivre les malades de près, la possibilité, avec les traitements modernes, de raccourcir quelquefois considérablement la durée de l'hospitalisation a conduit certains à préconiser une nouvelle division des malades mentaux en malades aigus, traités dans les services hospitaliers des villes, et malades chroniques, qui seraient envoyés dans les hôpitaux psychiatriques en dehors des centres. Comment ne pas voir qu'une telle organisation ressusciterait en fait la vieille division en curables et incurables que PARCHAPPE a si justement combattue ? Les traitements modernes ont d'ailleurs contribué à remettre en cause la notion de « chronicité », du moins en tant qu'incapacité sociale durable, plus encore qu'ils n'ont raccourci la durée des troubles mentaux aigus.

On peut donc dire qu'une telle séparation serait plus nuisible encore aujourd'hui qu'elle n'aurait été il y a cent ans.

Sans être peut-être en contradiction absolue avec lui, on voit mal enfin comment cette division s'articulerait avec l'effort mené conjointement par le Ministère de la Santé et les médecins-chefs de service dans l'organisation des « secteurs » qui donne, partout où elle a pu être menée à bien, des espoirs concrets.

CONCLUSIONS

Il nous est apparu, au cours de ce travail, que l'œuvre de PARCHAPPE ne pouvait être étudiée actuellement de façon valable qu'à la condition d'être replacée dans son contexte historique en tenant compte, aussi concrètement que possible, des conditions réelles de l'assistance aux malades mentaux à la fin du XVIII[e] et au début du XIX[e] siècle d'une part, de l'évolution récente des conceptions en matière d'assistance à la maladie d'autre part.

* *

L'assistance médicale aux malades mentaux sous l'Ancien Régime était pratiquement inexistante. Les très rares établissements où il semble que des soins satisfaisants aient été administrés aux aliénés se trouvaient parmi les institutions pour correctionnaires, habituellement tenues par des religieux. Encore s'agissait-il de maisons de force, et non d'établissements médicaux, de pensionnats, et non d'hôpitaux ouverts aux indigents.

Les trois seuls hôpitaux en France où l'on traitait la folie ne pouvaient pas recevoir 200 malades à eux tous. Tout à fait insuffisants en nombre, ils étaient de plus des instruments de soins de très médiocre qualité.

« Décidés incurables », les « furieux » étaient ensuite internés dans des hôpitaux généraux, des dépôts de mendicité ou des prisons, dans des conditions presque toujours tout à fait inhumaines.

Les incurables inoffensifs, livrés à la misère et à la mendicité, étaient parfois, en particulier dans les grandes villes, enfermés par la police dans des établissements charitables du type de l'Hôpital-Général de Paris.

Cette carence, qui avait été sévèrement analysée et critiquée dans les toutes dernières années de la Monarchie Absolue par COLOMBIER et DOUBLET, en 1785, et par TENON, en 1788, avait été formellement condamnée après 1789 par l'Assemblée Constituante. De plus, la sup-

pression des lettres de cachet, en remettant en cause les modalités d'internement, la confiscation des biens du clergé en atteignant les établissements des correctionnaires, rendaient alors plus pressantes les réformes. Celles-ci impliquaient en fait que soit entièrement repensée la conception même de l'assistance aux malades mentaux.

Sans doute, à cause de la longue et indécise lutte politique pour la conquête de l'Etat, mais aussi faute d'expérience pratique antérieure, plusieurs décennies furent nécessaires pour formuler une doctrine cohérente dont la loi de 1838 fournit les bases administratives et juridiques.

* *

Né en 1800, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Yon en 1833, puis inspecteur général des Asiles de 1848 à sa mort en 1866, PARCHAPPE survenait à point nommé pour s'attaquer à cette tâche. Il faisait partie de cette pléiade d'aliénistes parmi lesquels FERRUS, BRIERRE DE BOISMONT, FALRET, GIRARD, etc. qui, fort de l'assise que leur offrait la loi de 1838 et de l'expérience communiquée par leurs aînés et maîtres PINEL et ESQUIROL, ont contribué à définir et à construire l'asile d'aliénés.

Travailleur infatigable, joignant une pratique clinique précise et rigoureuse à une vaste érudition, doué d'une logique jamais démentie et d'un réalisme qui l'amenait à ne jamais soulever de problèmes sans aboutir à des conclusions concrètes, PARCHAPPE est indéniablement celui qui a su le mieux analyser, synthétiser et formuler la doctrine de l'assistance psychiatrique telle que la concevaient les aliénistes du milieu du XIX^{e} siècle.

Il n'y a guère de sujet qu'il ait abordé qui n'ait été le reflet de préoccupations exprimées par ses collègues, peu d'opinions qui n'aient été partagées par les uns ou les autres d'entre eux. C'est dire que si son œuvre lui appartient en propre, sa valeur en tant que témoignage dépasse largement la personnalité de l'auteur pour refléter toute une période de l'histoire de la pensée psychiatrique.

* *

L'assistance, conçue par PARCHAPPE, est destinée en premier lieu aux aliénés pauvres. Elle prend acte de la nécessité de protection de la société pour insister sur le devoir de celle-ci de prendre en charge le traitement médical des malades mentaux curables et les secours aux incurables. Elle se résume dans l'asile d'aliénés.

L'ouvrage *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* définit avec une rigueur presque mathéma-

tique les règles absolues qui doivent être suivies pour que ces établissements remplissent bien leur rôle médical.

La séparation en des établissements de curables et d'incurables doit être absolument proscrite, parce qu'elle n'a de raison d'être que si elle implique la condamnation de ces derniers.

Les asiles doivent être construits à proximité des centres pour faciliter les contacts avec l'entourage familial. L'envoi dans des hôpitaux de province de malades issus des régions urbaines surpeuplées est dénoncée comme une aberration.

Les causes des maladies mentales sont d'ordre moral dans la plupart des cas. C'est donc du « traitement moral » qu'il faut attendre les meilleurs résultats. Ce traitement moral recouvre en définitive pour l'auteur toutes les conditions qui contribuent à créer l'ambiance générale de l'asile :

— Il ne doit pas y avoir plus de 400 malades dans un service et il ne doit pas y avoir plus d'une service dans un asile, de façon à ce qu'en aucun cas le pouvoir médical ne soit morcelé en face de la direction administrative.

— Le médecin doit être le chef incontesté de son service. Il doit être suffisamment rémunéré et son service suffisamment important pour que ses fonctions attirent des « hommes éminents ».

— L'hygiène, les conditions de salubrité doivent être largement respectées, en prenant pour base les normes scientifiques.

— L'architecture, sans être inutilement onéreuse, doit être majestueuse, faite de bâtiments symétriques, propres, par leur grandeur, à en imposer et à rassurer le malade.

— L'ordre, la discipline, une bienveillance sans faiblesse doivent présider à l'ambiance générale. Un tel ordre rend nécessaire la distribution des malades en quartiers séparés, non pas selon les entités morbides, mais en fonction de leurs affinités relatives et des avantages thérapeutiques que peut éventuellement représenter l'influence des uns sur les autres. Les agités, les bruyants, les malpropres doivent être séparés des autres malades. Les incurables calmes et travailleurs forment le ciment qui contribue à encadrer et stabiliser les malades curables en voie d'amélioration et les convalescents.

— Le travail représente la partie la plus importante, sans doute, du traitement moral. Il doit avoir pour but premier et obligatoire l'amélioration ou la guérison de la maladie. Doivent être rejetés tous les travaux trop durs, malsains ou dangereux, de même que ceux qui ne présentent pas d'intérêt thérapeutique. Dans ces limites, il est logique et légitime que l'asile retire des avantages économiques du

travail des malades. En particulier, les femmes peuvent assurer le service de la buanderie, de la lingerie et, dans certains cas, du tissage ; les hommes doivent travailler surtout à l'entretien des bâtiments et à la ferme qui fournit l'essentiel de l'alimentation. Dans des conditions optima, l'asile tend à se suffire à lui-même.

* *

Ce programme appelle différentes remarques.

Le fait que n'ait été prévue aucune structure extra-hospitalière s'explique d'une part par la pauvreté des possibilités thérapeutiques ambulatoires, d'autre part par l'absence de toute loi sociale telle qu'on en connaît de nos jours.

La division de l'asile en quartiers, thèse à laquelle se résume dans beaucoup d'esprits l'œuvre de PARCHAPPE, bien que tous les aliénistes de son époque l'ait développée et soutenue, a perdu beaucoup de son intérêt avec les traitements modernes.

Mais, ce qui est le plus frappant, c'est que malgré les efforts de PARCHAPPE et de ses collègues, il apparaît que l'asile tel qu'ils l'avaient si rigoureusement défini, n'a jamais existé autrement qu'à titre exceptionnel et transitoire. Les progrès réalisés étaient au fur et à mesure freinés par une augmentation à caractère véritablement inflationnel du nombre des malades.

Devant ces problèmes réapparaissaient constamment, comme une composante fondamentale, les défauts liés au caractère charitable de l'assistance que FOUCAULT, notamment, a récemment étudié : les ressources manquant, le rôle de protection de la société assuré par l'asile tendait à estomper son rôle médical ; le traitement moral prenait un caractère « correctionnaire » : on a continué à expatrier des « chroniques » dans des asiles de province, réalisant ainsi dans les faits la séparation curables-incurables qu'avait si justement dénoncée PARCHAPPE ; le travail n'avait plus toujours comme but primordial l'intérêt thérapeutique ; le malade travailleur, devenu nécessaire à la bonne marche de l'établissement, avait tendance à être aliéné dans ce système clos à économie fermée.

C'est le mérite de PARCHAPPE, de la plupart des aliénistes de son époque et de la majorité de leurs successeurs, que d'avoir constamment lutté contre ce courant, en un combat souvent fructueux mais qui, de par les conditions objectives de cette assistance, était toujours à recommencer.

Il ressort de cette analyse qu'on ne saurait en aucun cas confondre dans la même critique les auteurs de la doctrine asilaire du siècle dernier et l'asile d'aliénés tel qu'il a été effectivement.

Les progrès importants effectués depuis cette date dans les conceptions et dans certaines réalisations psychiatriques paraissent liés principalement à la révolution thérapeutique et surtout à la notion nouvelle de droit à la santé qui, traduite au niveau gouvernemental par la création d'un ministère de la santé, concrétisée par la constitution de la sécurité sociale, ouvre la voie à une appréhension plus directement médicale des problèmes d'assistance aux malades.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

Audisio (M.). — Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques. (*Persp. Psych.*, janvier 1964, n° 6.)

Bernard (P.). — Organisation thérapeutique de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique. (In *Documents de l'Inf. Psych.* [2. « Au-delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique »], décembre 1946.)

Bollotte. — La longue éclipse. (*Inf. Psych.*, 1953, I, p. 6 et V, p. 134.)

Bonnafé (L.). — Le personnage du psychiatre. Etude méthodologique. (*Conférence à l'Evol. Psych.*, 25 mars 1947.)

— Le milieu hospitalier vu du point de vue psychothérapique ou théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique. (*La Raison*, 1957, XVII, p. 5 et XVIII, p. 23.)

— De la doctrine post-esquirolienne. (*Inf. Psych.*, 1960, IV, 423-444 et V, 559-570.)

— Thèses 1963 sur la « psychiatrie de secteur ». (*Inf. Psych.*, 1963, IX, 507-518.)

Boudin. Lauras. Cattan. — Les pavillons d'agités et le sort des malades atteints de troubles psychiques dans les hôpitaux généraux de l'Assistance Publique. (*P. Méd.*, 1963, 71, n° 23, 1165-1169.)

Bonnafous-Sérieux (H.). — Une maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII^e^ siècle : la Charité de Senlis. (P.U.F., 1936.)

Carrette. — Tenon et l'assistance aux aliénés. (*A.M.P.*, novembre 1925.)

— François Doublet et la psychiatrie au temps de Louis XVI. (*A.M.P.*, 1926, II, 119-132.)

Colombier et Doublet. — Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés. (Paris, Impr. Royales, 1785.)

Dagonet. — Etablissements d'aliénés. Loi du 30 juin 1938 : Asiles d'aliénés. (*A.M.P.*, 1865, I, 216-238.)

Delasiauve. — Parchappe et Conolly. (*Journ. de Méd. Ment.*, 1866, p. 137.)

Delay (J.). — Aspects de la psychiatrie moderne. (*Bibl. de Psych.*, P.U.F., 1956.)

DELAY (J.) et DENIKER (P.). — Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. (Masson, 1960.)

ESQUIROL. — Mémoire au ministre de l'Intérieur : « Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés ». (Paris, 1819.)

EY (H.). — L'essence de la maladie mentale et la loi de 1838 (aliénation, espace et liberté). (*Evol. Psych.*, 1964, I.)

FALRET (J.). — Assistance des aliénés. (*A.M.P.*, 1865, I, 249-275.)

FERRUS. — Considérations sur les aliénés. (Paris, 1834.)

GIRARD (H.). — De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés.

LE GUILLANT (L.), BONNAFÉ (L.), MIGNOT (H.). — Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. (*Rapport au Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Marseille*, septembre 1964, Masson.)

LA ROCHEFOUCAULD-LIANCOURT. — Rapports faits au nom du Comité pour l'extinction de la mendicité sur les prisons et les hôpitaux. (Paris, Impr. Nation., 1790-1791.)

LUNIER. — Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882. (*A.M.P.*, 1884, XII, p. 192.)

MAUREY (G.). — Contribution à l'histoire de la psychiatrie française. Deux grands inspecteurs généraux : Parchappe et Raynier. (*Thèse*, Paris 1961.)

MOREL. — Assistance des aliénés. (*A.M.P.*, 1865, V, pp. 136-151.)

PARCHAPPE (M.). — De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie. (*A.M.P.*, 1843, II, p. 348.)
— Traité théorique et pratique de la folie. (Paris, 1841.)
— Instruction pour le peuple. (Paris, 1847.)
— De l'organisation du travail dans les principaux asiles de la Grande-Bretagne et dans l'asile du département de la Seine-Inférieure. (*A.M.P.*, 1848, p. 357.)
— Rapport sur la statistique de l'aliénation mentale. (*A.M.P.*, 1856, II, p. 1.)
— Des principes à suivre dans la construction et la fondation des asiles d'aliénés. (Paris, *Masson*, 1851.)
— Assistance des aliénés. (*A.M.P.*, 1865, I, pp. 145-149.)
— Galilée, sa vie, ses découvertes et ses travaux. (Paris, *Hachette*, 1866.)
— Articles « Aliénation » et « Aliénés ». (Dictionnaire Dechambre, III, 1865.)

PAUMELLE. — Réflexions sur les principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés de Parchappe. (*Inf. psych.*, 1953, X, p. 270.)

PÉQUIGNOT (H.). — Un questionnaire sur les chroniques. (*Sem. Hôp. Paris*, Informations, 20, II, 1953.)
— Aigus, chroniques, curables, incurables. (*Sem. Hôp. Paris*, Informations, 8, IV, 1963.)

RAYNIER et BEAUDOUIN. — L'aliéné et les asiles d'aliénés. (Ed. 1930.)

RAYNIER et LAUZIER. Construction et aménagement de l'Hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés. (Paris, 1935.)

ROUSSELIN. — Notice nécrologique sur Parchappe. (*A.M.P.*, II, 1866.)

SADOUN et coll. — Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1961. (*Bull. Inst. Nat. Hyg.*, 19, 1964, n° 4, pp. 585-628.)

SEMELAIGNE. — Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. (*Thèse*, Paris 1888.)

— Les pionniers de la psychiatrie avant et après Pinel. (Paris, *Baillière*, 1932.)

SÉRIEUX (P.). — L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. (*Rapport du Conseil Général de la Seine*, 1903.)

— Le régime des aliénés en France au XVIII[e] siècle. (*A.M.P.*, juillet 1914 à janvier 1916.)

— Le traitement des maladies mentales à la Bastille. (*Archives de Neurologie*, avril-décembre 1922.)

SÉRIEUX et LIBERT. — L'assistance et le traitement des maladies mentales au temps de Louis XVI. (*Chronique médicale*, juillet-août 1914.)

TENON. — Mémoires sur les Hôpitaux de Paris, 1788.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Parchappe 11

Chapitre II. — Assistance aux malades mentaux sous l'ancien régime 16

— *Organisation de l'assistance publique* 16
— *Secours hospitaliers aux malades* 17
— *L'assistance aux malades mentaux curables* 19
— *L'assistance aux malades mentaux incurables* 20

— *Etablissements privés pour malades mentaux* 24

Chapitre III. — Les problèmes posés par l'assistance aux malades mentaux après la révolution 27

— *Critique et projets en matière d'assistance aux indigents* 28

— *Critique et projets concernant les établissements privés* 30

— *L'assistance psychiatrique au lendemain de la révolution* 32

Chapitre IV. — Les principes généraux de Parchappe 35

— *Les handicapés mentaux* 35

— *Aliénés indigents et aliénés riches* 37

— *Hôpital et hospice* 39

— *Curables et incurables* 40

Chapitre V. — L'asile d'aliénés tel que le conçoit Parchappe 45

— *Conditions matérielles générales de l'asile* 47

— *Organisation du travail* 49

— *Rôle dirigeant du médecin* 53

Chapitre VI. — L'assistance asilaire 55
— *L'encombrement des asiles* 57
— *Doctrine de Parchappe et réalité asilaire* 59

Chapitre VII. — Charité publique et droit à la santé 64
— *L'hospice charitable de l'ancien régime* 64
— *Aspects charitables de l'asile d'aliénés* 67
— *A propos de l' « histoire de la folie »* 69
— *Position de Parchappe dans la politique d'assistance* 71
— *Notion de droit à la santé* 74

CONCLUSIONS 77

BIBLIOGRAPHIE 83

Imprimerie R. Foulon & Cie, 29, rue Deparcieux, Paris XIV^e^